



**A DOKUMENTUM 2 OLDALBÓL ÁLL**

Osztály/részleg: \_\_\_\_\_

Beteg neve: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_ TAJ szám: \_\_\_\_\_

## **TÁJÉKOZTATÓ**

### **A beavatkozás célja:**

Hasúri folyadék (ascites) jelenléte esetén történik a hascsapolás (ascites punkció). A punkciót a bal alhas területén kell végezni, a kissé bal felé fordított fekvő betegen, miután a betegvizsgálat során vagy ultrahang vizsgálat segítségével a szúrás helyét biztonsággal meghatározták. Előzetes hólyagkiürítés, a hasfal bőrének fertőtlenítése és a bőr alatti szövetek injekcióval történő helyi érzéstelenítése után, megfelelően hegyes, de nem túl vékony tűvel történik a punkció. A vizsgálat során néhány milliliter, de akár több liter folyadék is lebocsátható. A nagy mennyiségű ascites lebocsátásakor vénás úton fehérje-albumin pótlásra van szükség. A punkciót követően néhány óráig a szúrás helyére szorítókötést helyeznek.

### **Mire való a vizsgálat és mikor van ilyen vizsgálatra szükség?**

A vizsgálat két okból történhet: Egyik ok: az úgynevezett. diagnosztikus hascsapolás során, - amikor az ascites eredetének tisztázása céljából történik a beavatkozás -, 50-100 milliliter hasúri folyadékot bocsátanak le; ilyenkor meghatározzák az ascites színét, fajsúlyát, fehérje tartalmát, egyéb kémiai összetételét, sejttartalmát, ezen kívül bakteriológiai és citológiai vizsgálat is történik a folyadékból. Másik ok: az úgynevezett. terápiás (gyógyító) punkció során, - amikor gyógyszeres kezeléssel már nem csökkenthető, feszülő, a betegnek hasi panaszokat okozó ascites miatt történik a beavatkozás -, több (6-10) liter folyadék is eltávolítható.

### **Mi a teendő a vizsgálat előtt?**

A vizsgálat nem igényel különösebb előkészületet. A punkció előtt lehetőség szerint előzetes hólyagkiürítésre van szükség, nehogy megsérüljön a húgyhólyag.

### **Mi a teendő a vizsgálat után?**

A beavatkozás után néhány órás pihenés javasolt, majd Ön akadálytalanul folytathatja a szokásos napi tevékenységét.

### **Milyen veszélyei vannak a vizsgálatnak?**

A vizsgálat ritkán az alábbi szövődményekkel járhat: a mintavétel után néhány óráig fájdalom a szúrás helyén; érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység; hasúri vérzés; a hasfalon keresztül ascites (hasúri folyadék) csorgás; hasúri fertőzés; szúraskor a bél-húgyhólyag-lép sérülése; a májbetegséghez társuló tudatzavar fokozódása.

Kérjük vegye figyelembe, hogy az orvosi beavatkozás teljes körű (vagyis legapróbb részletekre is kiterjedő) tájékoztatást nem lehet adni, mivel ezt a Legfelsőbb Bíróság közzétett eseti döntésében sem követelte meg az 5% -nál kisebb előfordulási arányú kockázatokra vonatkozóan, így elfogadom, hogy tájékoztatás az ilyen ritkán előforduló kockázatokra nem terjed ki, és beleegyezését mindezek tudatában adhatja meg.

*(folytatás a következő oldalon!)*



A beavatkozáshoz adott beleegyező nyilatkozatát bármikor jogában áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján a beteget megillető önrendelkezési joga, illetve az ellátás visszautasítására való joga -kizárólag törvényben meghatározott módon és esetekben- korlátozható.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
tájékoztatást végző orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

### **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELVÉGZÉSÉHEZ**

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és szóban is teljes körű tájékoztatást kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba beleegyezem.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a beavatkozáshoz adott beleegyező nyilatkozatomat bármikor jogomban áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

### **NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELUTASÍTÁSÁRA**

A fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és a teljes körű írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján tudomást szereztem arról, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására.

Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Tájékoztatást kaptam arról is, hogy a beavatkozás visszavonására vonatkozó nyilatkozatomat bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatom.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása, pecsét

\_\_\_\_\_  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása