



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Májbiopszia

GASZTRO-6/1

A beteg neve:	A beavatkozás megnevezése:
A beteg születési dátuma:	Májbiopszia
A beteg lakcíme:	
A beteg TAJ-száma:	

Kedves Betegünk!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségéről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

☞ A beavatkozás megnevezése

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) olyan betegség igazolódott, mely miatt a kórisme felállításához és a megfelelő kezelés meghatározásához a máj szövettani vizsgálata szükséges.

☞ Hogyan történik a beavatkozás?

A beavatkozásra éhgyomorral kerülhet sor, tehát éjjeltől nem ehet, nem ihat. A mintavétel helyi érzéstelenítés után történik, a hasfalra ejtett kis metszett seben keresztül egy vékony tű segítségével szövetmintát veszünk a májból. Ha a mintavétel során májszövetet nem nyerünk, szükséges lehet a tűszúrás megismétlése. A biopszia az érzéstelenítés következtében nem jár jelentősebb fájdalommal. Előfordulhat mégis, hogy a tűszúrás helyén, vagy a jobb vállba sugárzó fájdalom jelentkezik, emiatt fájdalomcsillapítót kaphat.

☞ Lehetséges szövődmények

1. Általános megjegyzések:

- A tudomány mai állása szerint a beavatkozás eredményességért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
- Bármely beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknél nem szükségszerű velejárói, de az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak. Mivel ezek előre nem láthatók előre, ezért teljes biztonsággal nem előzhetők meg, és nem minden esetben háríthatók el.
- Értelemszerű, hogy ezekért a beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a beavatkozásba. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a beavatkozás során felhasznált anyagokra illetve magára a beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények formájában jelentkezhetnek, de ezek veszélye messze elmarad a beavatkozás nélkül várható vagy esetlegesen bekövetkező állapotromlás veszélyéhez képest.
- A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű szövődmények esélyét.
- A szakmai protokolloknak megfelelően mindent elkövetünk a szövődmények, kockázatok elkerülése, az esetleges szövődmények időben történő felismerése és a következmények megszüntetése, hatásuk minimalizálása érdekében.
- Amennyiben bármilyen szövődmény lép fel, osztályunk illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

2. Speciális megjegyzések:

A májbiopszia kapcsán az esetek 0,5-1,0%-ában (200-ból 1-2 esetben) felléphetnek az alábbi szövődmények:

- Az érzéstelenítőszer iránti túlérzékenység
- Környező szervek sérülése (epehólyag, tüdő, vese) és ennek következtében epecsorgás, légmell, mellkasi folyadékgyülem, véres vizelet



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Májbiopszia

GASZTRO-6/1

- Vérzés
- Tűszúrás után kialakuló bakteriális fertőzés a hasüregben, illetve véráramban
- A beavatkozás kapcsán kialakuló súlyos szövödmény - pl. artériás vérzés - esetén (1000 mintavételből 1-2 esetben) vértranszfúzió, érrestes beavatkozás (angiographia) és érelzárás (embolizáció) illetve sürgős műtét válhat indokoltá.
- A szövödmények többsége a mintavételt követő első 2 órában alakul ki, majdnem az összes szövödmény tünete 24 órán belül jelentkezik.

➤ Mi a teendő a beavatkozás után

A beavatkozás után 6 órán keresztül nem ékezhet és fekvéssel kell maradnia. Legalább 24 órán át intézeti megfigyelése szükséges.

➤ A beavatkozás lehetséges alternatívái

Máj szövettani vizsgálatára kisebb rizikóval járó eljárás jelenleg nem létezik. Egyes májbetegségek ugyanakkor a máj szövettani vizsgálata nélkül is diagnosztizálhatók – kérjen erről tájékoztatást kezelőorvosától.

➤ A beavatkozás elmaradásának előnye

Mai tudásunk szerint az Ön betegségére/sérülésére javasolt beavatkozást vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

➤ A beavatkozás elmaradásának veszélyei

Szövettani diagnózis hiányában nem kerülhet sor a megfelelő kezelésre, illetve az késlekedhet. Ez kedvezőtlenül befolyásolhatja az Ön gyógyulását.

➤ Kérjük, segítsen nekünk...

.... azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövödmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

➤ Beszélje meg orvosával...

a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövödményekkel kapcsolatos kérdéseit.

A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):

	A beteg kérdései	Az orvos válaszai
1.		
2.		
3.		
4.		

➤ Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

1.	Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, akkor milyen):	
2.	Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, akkor milyen):	



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Májbiopszia

GASZTRO-6/1

3.	Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún. tárolási betegségek):	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
4.	Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységéről?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
5.	Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	

➤ A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:

- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen beavatkozást szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem.
- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtét/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításaig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg tájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent-tartózkodásom alatt folyamatosan továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

➤ Beleegyező nyilatkozat

- Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyezem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

.....
A beavatkozás/műtét tervezett dátuma



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Májbiopszia

GASZTRO-6/1

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

Orvos aláírása:	Orvos pecsétje:
-----------------	-----------------

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....
2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....
Kaposvár, év hó nap óra perc

Jelen sorszámozott oldalból álló betegtájékoztatót/beleegyező nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érthető válaszokat kaptam. Ezek tudatában és birtokában az ellátásba beleegyezem.

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Készült 20.....-n és óra között

a SM KMOK Gasztroenterológiai Osztálysz. helyiségében.