

CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY- MAKÓ	BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
	GALAKTOGRÁFIA

Kedves Betegünk!

Kérjük, hogy figyelmesen olvassa el az alábbi BETEGTÁJÉKOZTATÓ-t!

*Az Ön esetében „galaktográfiai vizsgálatot” szükséges végezni.
A beavatkozás érdekében szeretnénk önt tájékoztatni a vizsgálat, fontos
feltételeiről és szükségessé esetén a vizsgálat előtti teendőiről.*

Az Ön korrekt diagnózisához az emlő tejjárataiban lévő elváltozások kimutatására a váladékozó emlőjárat kontrasztanyaggal való feltöltése vált szükségessé.

A vizsgálat menete: A bőr előzetes fertőtlenítése után a váladékozó mirigyjáratba kis tompa végű szondát vezetünk, majd ebbe kevés kontrasztanyagot juttatunk. Egy speciális anyaggal a szonda eltávolítása után a nyílást lefedjük, majd több irányból mammographiás felvételeket készítünk.

A fedőanyag eltávolítása után a kontrasztanyag magától kiürül.

Ritka esetben előfordulhat, hogy a bejuttatott kontrasztanyag hatására a tejjárat megreped, mely enyhe fájdalommal, esetleg gyulladással jár, de ez jól kezelhető.

Kérjük, a vizsgálat megkezdése előtt esetleges betegségeiről, gyógyszer érzékenységéről tájékoztassa a beavatkozást végző orvost.

A vizsgálattal kapcsolatos további kérdéseire szintén tőle kaphat választ.

<p style="text-align: center;">CSMEK HÓDMEZŐVÁSÁRHELY- MAKÓ</p>	<p>BETEG TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</p>
	<p>GALAKTOGRÁFIA</p>

A beteg neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: □□□□□□□□

Lakóhelye:.....

A tájékoztatót elolvastam, amelyet szóbeli magyarázat egészített ki.

A „Kontrasztanyaggal végzett vizsgálat”-ról szóló tájékoztatót megértettem és tudomásul vettem!

Tájékoztattak arról, hogy a betegtájékoztatóban csak a legfontosabb szóba jöhető kezelési módot és esetleges szövődményeket említették meg. Megértettem a beavatkozás elvégzésének fontosságát, a beavatkozás elmulasztásának veszélyeit. Felvilágosítást kaptam a beavatkozást helyettesítő konzervatív beavatkozások lehetőségéről, eredményességéről és kockázatairól.

Megértettem és tudomásul vettem, hogy a beavatkozás során olyan, előre nem látható körülményekre is fény derülhet, amelyek a korábban tervezett beavatkozásokat, vagy azok egy részét feleslegessé vagy igen kockázatosá tehetik.

Módomban állt a szövődményekkel és szóba jöhető kezelési eljárásokkal kapcsolatban további kérdéseket feltenni.

Ezzel a lehetőséggel éltem, kérdéseimre részletes szóbeli (rajzos) választ kaptam, azt megértettem, tudomásul vettem. Jelenleg a további tájékoztatásról lemondok.

A szükségessé váló beavatkozások, vizsgálatok elvégzéséhez hozzájárulok, kérem a beavatkozás elvégzését!

Tudomásul vettem, hogy jelen nyilatkozatomat a beavatkozás, műtét megkezdése előtt bármikor visszavonhatom!

Hozzájárulok, hogy betegségemről és a beavatkozás eredményéről tájékoztatást kapjanak a kezelésben résztvevő orvosok, konziliáriusok, családorvosom, megkeresés esetén a hivatalos szervek és személyek.

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:
.....
2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:.....
3. Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:
.....

Hozzájárulok továbbá, hogy az intézményben készült dokumentumokon a betegségem megnevezése, és a beavatkozásokat jelző kódszámok szerepeljenek.

Hódmezővásárhely, 20..... hó nap.....

.....
a felvilágosítást
és/vagy a beavatkozást végző
aláírása

.....
a beteg, vagy
törvényes képviselő*
aláírása

*A törvényes képviselő írta alá, mivel a beteg nem nyilatkozatképes, mert: Törvényes képviselő:

Név:
Lakcím:
Szül.dátum: