

VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓS BIOPSZIA (FNAB)

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

EMLŐBŐL VÉGZETT MINTAVÉTEL

Tisztelt Páciensünk!

Diagnosztikus célból Önnél aspirációs citológiai vizsgálat elvégzése indokolt.
A vizsgálat mindenképpen az Ön érdekeit szolgálja, amelyet csak beleegyezése esetén végzünk el. Ez a tájékoztató informálja önt a beavatkozásról.

Mi a FNAB? (Fine Needle Aspiration Biopsy)

Ezalatt az emberi testből, vékony orvosi tűvel nyert sejt-, illetve esetenként váladék vételét értjük. A vizsgálandó területből nyert anyag citológiai vizsgálatot tesz lehetővé. Az FNAB egy jól bevált eljárás, amely megbízható diagnózist, esetenként (például cisztáknál) terápiát is szolgálhat.

Hogyan történik a vizsgálat?

A beavatkozást ambulánsan végezzük. Nem szükséges éhgyomorral jönnie. Fertőtlenítést követően, vékony orvosi tűt szúrunk a vizsgálandó területbe, amelyen át vizsgálati anyagot nyerünk. Ez az anyag lesz citológiai vizsgálatnak alávetve.

Vérzéscsillapítás végett, mintavétel után, a tűszúrás helyét rövid ideig komprimálni kell.

Azt javasoljuk, hogy a mintavétel napján kerülje a túlzott fizikai megterhelést (nagytakarítás, sport stb.)
A vizsgálat kb. 15 percig tart.

Milyen komplikációk léphetnek fel?

Vérzés (1 % alatt), enyhe fájdalom a szúrás helyén (2-3 %), ezek általában kezelést nem igényelnek.

Erősebb, esetleges műtéti beavatkozást is igénylő vérzések extrém ritkák.

A szúrás helyén sebgyógyulási zavar (elfertőződés, keloid képződés) léphet fel (0,5 %o alatt).

Néhány esetben (1-2 %) keringési zavar, ájulás fordulhat elő.

Ritka esetben előfordulhat mellhártyasérülés, mellüri levegőgyülem (pneumothorax) képződéssel (0,5 %o alatt).

A tudomány jelenlegi állása szerint a beavatkozás nem jelent tumor szóródási veszélyt!

A komplikációmentes vizsgálat érdekében kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre, és **jelölje meg a megfelelő választ:**

Gyógyszerérzékenység (sorolja fel, mire)		☐ nem tud róla
Véralvadás gátló gyógyszert szed?	☐ igen	☐ nem
Vérzékenység, véralvadási zavar	☐ igen	☐ nem
Sebgyógyulási zavar (fokozott hegeképződés, keloid)	☐ igen	☐ nem
Cukorbetegség	☐ igen	☐ nem
Fertőző betegség (hepatitis, HIV, MRSA, stb.)	☐ igen	☐ nem
Ájulásra hajlamos-e, vagy szenved-e nagy vérnyomás-ingadozástól?	☐ igen	☐ nem
Terhesség fennáll-e?	☐ igen	☐ nem

Figyelem! A szúrt sebre tett kötést, vagy tapaszt idő előtt ne vegye le (kövesse az orvos, asszisztens utasításait). A beavatkozást követően 24 óráig kerülje a sebtérület tisztítását!

Utánvérzés vagy egyéb komplikáció esetén azonnal forduljon orvoshoz!

A vizsgálat eredménye körülbelül egy hónap alatt készül el. Az eredmény beérkezése után a mintavétel során készült lelet végére *Összefoglaló szakorvosi véleményt* írunk, mely tartalmazza az esetlegesen szükséges további tennivalókat, valamint a kontrollvizsgálat esedékességét. Mind az eredmény, mind az összefoglaló véleményt tartalmazó lelet az EESZT felületén megtekinthető lesz. **Kérjük, feltétlenül érdeklődjön az eredmény után, mivel az esetleg szükséges további beavatkozások is az Ön érdekét szolgálják!**

Előző orvosi dokumentációit a vizsgálatra hozza magával!

Jelen beleegyező nyilatkozatot kitöltve adja át a vizsgálat előtt az asszisztensnek. Amennyiben további kérdése van, azt a vizsgálat előtt tegye fel az asszisztensnek vagy a végző orvosnak.

Megtisztelő együttműködését előre is köszönjük!

Nyilatkozat

Alulírott

Születési idő: _____ Anyja neve: _____

Telefonszám: _____

aláírással tanúsítom, hogy a vékonytű aspirációs biopszia módjáról, esetleges szövődményeiről a kezelőorvos a fenti dokumentációban tájékoztatott, kérdéseimre kielégítően válaszolt, amely alapján a beavatkozásba

☐ **beleegyezem**

☐ **nem egyezem bele**

Az eredmény megérkezése után (kérjük, jelölje):

- ☐ **csak abban az esetben kérek telefonos értesítést, amennyiben további tennivalók szükségesek**
- ☐ **minden esetben telefonos értesítést kérek**
- ☐ **nem kérek telefonos értesítést, az eredményt és az összefoglaló véleményt az EESZT felületén tekintem meg**

Tudomással bírok arról, hogy a beavatkozást visszautasíthatom, azonban ebben az esetben, illetve amennyiben telefonos értesítés hiányában az EESZT felületén leírtakat nem követem, kezelőorvosomat, illetve az Intézményt felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Budapest XVI. kerület, 20..... év hónap nap

Orvosi aláírás és pecsét

Beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Megjegyzések:
