HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Izületek, ínhüvelyek, lágyrészek körülírt folyadéktartalmának tű segítségével történő leszívásához (punctio)

Alulírott kijelentem, hogy a fenti megnevezésű orvosi eljárásra vonatkozóan az alábbi felvilágosítást kaptam:

1. Az eljárás célja: A keletkezett kóros folyadékgyülem eltávolítása diagnosztikus, gyógyító, tehermentesítő céllal. A folyadékgyülem laboratóriumi elemzése segíti a kórisme megállapítását, az oki kezelés bevezetését. Esetenként sor kerülhet utána gyógyszer bejuttatására fokozott helyi hatás elérése céljából.

2. Az eljárás technikája: A bőrfelület gondos fertőtlenítése után tűvel behatolunk és a folyadékot lebocsátjuk. A behatolás területét sterilen zárjuk.

3. Az eljárás esetleges veszélyei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok: Pillanatnyi fájdalom, ritkán szivárgó vérzés, túlérzékenységi reakció. A fertőzés kellő óvatosság esetén elkerülhető. A folyadékgyülem ismételten kialakulhat a fennálló betegség természetétől függően.

4. Ezen eljárás elmaradásának esetleges veszélyei és más eljárási lehetőségek: A diagnózis felállításának, az oki kezelés bevezetésének késése, ezzel az eredményes gyógyítás hátráltatása. A folyadékgyülem fájdalmat, mozgáskorlátozottságot, erek, idegek nyomásos tüneteit okozhatja, izomsorvadás kialakulását, izületekben a porcfelszínek károsodását siettetheti. Nagydózisú, hosszabb ideig tartó gyógyszeres kezeléssel is elérhető a folyadékgyülem felszívódása. Ez esetben a gyógyszerek káros mellékhatásának fokozottabb lehetőségeivel kell számolnunk.

Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok nem járulok hozzá * a fenti beavatkozás elvégzéséhez.

Jelen döntésemet akkor hoztam, amikor minden kérdésemre választ kaptam, így a szükséges adatok rendelkezésemre álltak tudomásul véve azt is, hogy az átlagostól eltérő kockázatot jelenthet a kivizsgálás során ezidáig fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Vác, 20.....

.....
a beteg vagy a törv. képviselő olvasható aláírása

A fentiekről számomra részletes és érthető tájékoztatást adott:

.....…
orvos aláírása

(* A kívánt rész aláhúzandó!)