

## Betegtájékoztató / Vizsgálatkérő

### PTC - PTD

**Percutan transhepaticus cholangiográfiához és drenázshoz, azaz bőrön keresztül és májon át történő epeút feltöltéshez és epeelvezetéshez.**

**A beavatkozás célja:** Az epeutak betegségeinek, az epeelfolyás akadályozottságának kimutatása. A beavatkozással, ha szükséges és lehetséges, megkíséreljük a külső vagy belső epeelvezetést katéterrel vagy sztenttel, az epeút fémhálós kitámasztásával biztosítani.

**A beavatkozás módja:** A vizsgálat előtt nyugtatót és fájdalomcsillapító injekciót adunk. A bőrfertőtlenítése után, helyi érzéstelenítésben, röntgensugár segítségével, bőrön keresztül, a májon át, specialisan vékony tűvel szúrjuk az epeutat és kontrasztanyaggal láthatóvá tesszük. Ha szükséges az epeelvezetéshez katétert juttatunk a feltöltött epeútba. Második ülésben ha lehetséges a kóros területet fém hálósóval hidaljuk át.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás az előkészítés ellenére mérsékeltén fájdalmas lehet. Kontrasztanyag mint más gyógyszerek okozhat allergiás reakciót. További orvosi beavatkozást tehet szükségessé az érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység, epecsorgás vagy vérzés a szűrőcsatorna mentén.

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, hogy a beavatkozás nélkül betegségem további romlása nem állítható meg és a beavatkozást elfogadom.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:..... Szül.dátum:.....

Lakcím:..... TAJ szám:.....

Klinikai adatok:..... Kóros labor leletek:.....

.....  
Indikáció:.....

Lidocain érzékenység:.....kontrasztanyag érzékenység:.....

Terhesség fennállhat-e?.....

Dátum:..... Vizsgálatot/Beavatkozást kérő orvos:.....

## Beteg tájékoztató / Vizsgálatkérő

### DSA / KATÉTERES ÉRFESTÉS /

**A beavatkozás célja:** Az erek láthatóvá tétele, ezáltal kóros állapotok felismerése.

**A beavatkozás technikája:** A lágyékahajlatban / vagy a könyökahajlatban lévő ütő- vagy viszeren át, bőrfertőtlenítés és helyi érzéstelenítés után, katétert / vékony specialis csövet / vezetünk szűrőtű és vezetődrót segítségével a főérbe ill. a vizsgálni kívánt erekbe. Kontrasztanyaggal feltöltjük az ereket és röntgen sugár segítségével elkészítjük a specialis felvételeket a bajmegállapításhoz. A beavatkozás befejeztével eltávolítjuk a katétert és nyomókötéssel biztosítjuk a vérzésselállást. A lágyékahajlaton át végzett vizsgálat után a beküldő osztályra fekvő történik a visszaszállítás, 24 óráig további fekvés és ill. megfigyelés szükséges.

**Lehetséges szövődmények:** A katéter bevezetése nagyon ritkán okozhat érfal sérülést, a helyi érzéstelenítéshez használt Lidocainnal és a beadott kontrasztanyaggal szemben, mint minden gyógyszerrel szemben lehetséges túlérzékenységi reakció, amelyek további orvosi kezelést igényelhetnek.

**Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:**

A jelen betegségen kívül van-e rendszeres kezelést, gyógyszereszedést igénylő betegsége?

.....  
 Volt-e, van-e kezelt szív vagy vese működési elégtelensége?.....

Ismert allergia?.....

### BALLONOS ÉRTÁGÍTÁS

Az érfestés során mód van a szűkült érszakaszok ballonos feltágítására. Az előbbieken ismertetett beavatkozás során a szűkült szakaszba katéter segítségével felfújható ballont juttatunk be és a szűkületet, műtét nélkül, kellő tágasságúra tágtjuk fel.

A beavatkozás során, ritka esetben lehet szövődmény pl: érlezárodás, falsérülés, vérrög képződés és sürgős műtét válhat szükségessé. A beavatkozás sikertelensége esetén megmarad a műtét lehetősége.

### KATÉTERES ÉRLEZÁRÁS-GYÓGYSZERES KEZELÉS

Az előbbieken ismertetett beavatkozás során lehetőség van a katéteren át vérzést leállító, csillapító készítmények vagy célzott gyógyszer beadására.

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatót és a szóbeli kiegészítést megértettem, a beavatkozás szükségességét elfogadom.

.....  
 dátum

.....  
 beteg vagy gondviselő aláírása

.....  
 beavatkozást végző orvos

.....  
 asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:..... Szül. dátum:.....

Lakcím:..... TAJ szám:.....

Klinikai adatok:..... Kóros laborleletek:.....

Vizsgálat indikációja:.....

Lidocain érzékenység:..... Kontrasztanyag érzékenység:.....

Terhesség fennállhat-e:.....

Dátum:..... Vizsgálatot kérő orvos:.....

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház

Főigazgató: dr. Kalmár Mihály

Központi Röntgen osztály

6600 Szentés, Sima Ferenc u 44-58.

Tel: 06-63-313-244 / 347

Kód: 1. 2

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### PHLEBOGRÁFIÁHOZ - VÉNÁS ÉRFESTÉSES VIZSGÁLATHOZ

A beavatkozás célja: a végtagi mélyvénák láthatóvá tétele, ezáltal kóros állapotok felismerése.

A beavatkozás technikája: A felszíni vénák erős leszorítása és a bőr fertőtlenítése után, a lábháton vagy a könyökhajlatban ( a vizsgált régióknak megfelelően ) a felszíni viszérén át, vékonytű rászúrással és kontrasztanyag beadásával feltöltjük a mélyvénákat és a röntgensugár segítségével elkészítjük a speciális felvételeket a bajmegállapításhoz. A beavatkozás végeztével a szúrás helyére fedőkötést teszünk.

A beavatkozás szövödménye: A szúrás helyén, mint minden injectió után vérzés vagy fertőzés előfordulhat.

Kontrasztanyagra mint minden gyógyszerre túlérzékenységi reakció léphet fel, ami további orvosi kezelést igényelhet.

Az esetleges szövödmények csökkentése érdekében kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre:

A jelen betegségen kívül rendszeres kezelést, gyógyszereszedést igénylő betegsége van-e ?.....

Kezelt szív, vese, máj -működési elégtelensége volt / van-e ?.....

Ismert allergia:.....

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztatót és a szóbeli kiegészítést megértettem, a beavatkozás szükségességét elfogadom.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:..... Szül.dátum:.....

Lakcím:..... TAJ szám:.....

Klinikai adatok:..... Kóros laborleletek:.....

Indikáció:.....

Kontrasztanyag érzékenység:..... Terhesség fennállhat-e:.....

Dátum:..... Vizsgálatkérő orvos:.....



Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház  
6601 Szentén, Sima Ferenc u. 44-58. Pf.: 60  
főigazgató: Dr. Katmár Mihály  
Telefon, fax:  
(63) 313-972 (Tűkarság)  
(63) 313-244 (Központ)  
E-mail: igazgats@szentesi-korhaz.hu

TÖVRheinland®

140!



## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Várandós nők röntgen/CT vizsgálatához

**Az Ön állapota /betegsége miatt a kezelőorvosa sugárterheléssel járó röntgen /CT vizsgálatot lát szükségesnek elvégezni.**

**Születendő gyermekét az Önöket ért sugárterhelés a szükséges sugárvédelmi ólomtakarás ellenére károsíthatja.**

**A tájékoztatást megértettem és elfogadom, hogy a betegségem tisztázásához a fenti beavatkozás szükséges és beleegyezem hogy azt rajtam elvégezzék.**

Dátum.:.....

.....

**Beteg vagy törvényes képviselő aláírása**

.....

**Radiológus szakorvos aláírása**

.....

**Beteg TAJ száma,neve**

**A tájékoztatást megértettem, de kérem, hogy rajtam a beavatkozást NE végezzék el.**

.....

**Dátum.: beteg aláírása**

.....

**radiológus szakorvos**

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### CT-vel vezérelt sejti vagy szöveti mintavételhez

**A beavatkozás célja:** Előzetes vizsgálatok során kimutatott kóros szervi eltérésből mintavétel a pontos sejti vagy szöveti megítéléshez, a további kezelés eldöntéséhez.

**A beavatkozás módja:**

A sejti mintavételhez, bőrfertőtlenítés után, CT vezérléssel a szükséges vastagságú és hosszúságú, speciális mintavételi tűt a kóros területhez irányítjuk és vákuum segítségével kiemeljük a mintaanyagot és sejti feldolgozásra küldjük.

A szövettani mintavételhez, bőrfertőtlenítés után, helyi érzéstelenítésben, CT vezérléssel a szükséges vastagságú és hosszúságú tűt a kóros területre irányítjuk és finoman metsző hüvely segítségével kiemeljük a mintaanyagot és szövettani feldolgozásra küldjük.

Mintavételek számát a kiemelt mintaanyag mennyisége befolyásolja, általában többszörös.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás egy tűszúrásnyi kellemetlenséggel jár. Ritkán szövődményként vérzés, testváladék csorgás vagy fertőződés, érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység fordulhat elő, ami további orvosi beavatkozást igényelhet.

A szövettani mintavétel után néhány órás fekvés és 24 órás orvosi megfigyelés szükséges.

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A tájékoztatást megértettem és elfogadom, hogy betegségem tisztázásához a fenti beavatkozás szükséges és beleegyezem, hogy azt rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:.....Szül.dátum.....

Lakcím:.....TAJ .....

Klinikai adatok:.....Kóros laborleletek:.....

Vizsgálat indikációja:.....

Lidocain érzékenység ismert-e?.....Kontrasztanyag érzékenység?.....

Terhesség fennállhat-e?.....

Dátum:.....Beavatkozást kérő orvos:.....

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### CT vezérelt folyadék leszíváshoz, helyi kezelés végzéséhez

**A beavatkozás célja:** A testfelszínen, vagy a testüregben kialakult kóros folyadékgyülem műtét nélküli eltávolítása.

**A beavatkozás módja:** Börfertőtlenítés és helyi érzéstelenítés után, az előzetes vizsgálatokkal igazolt kóros folyadékgyülembe, CT irányításával, a szükséges vastagságú és hosszúságú speciális szűrőtűt vezetünk. A folyadékot leszívjuk vagy a tű eltávolítása után, a hátrahagyott mandrinon keresztül vezetődrt segítségével speciális katétert helyezünk a folyadékgyülembe. A katétert a bőrhöz fixáljuk és egy gyűjtőtasakkal látjuk el. A katéter a bennék teljes leürülése után kerül eltávolításra. A leszívott folyadékból tenyésztésre és sejti megítélésre mintát küldünk.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás az érzéstelenítés miatt nem igazán fájdalmas. A beavatkozás helyétől függően lehetnek szövődményei pl: vérzés, környező képletek sérülése, befertőződés, helyi érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység, amelyek további orvosi kezelést igényelhetnek.

Közvetlenül a behelyezés után átmenetileg felléphet reflexes ájulásérzés, hevesebb szivdobogás érzés, gyengeség.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztató alapján megértettem a beavatkozás szükségességét, hogy elmaradása a betegségem gyógyulását hátráltatja és elfogadom, hogy azt rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

## VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:.....Szül.dátum:.....

Lakcím:.....TAJ szám:.....

Klinikai adatok:.....Kóros laborleletek:.....

Indikáció:.....

Lidocain érzékenység:.....Kontrasztanyag érzékenység:.....

Terhesség fennállhat-e?.....

Dátum:.....Vizsgálatot kérő orvos:.....

Csongrád Megyei dr. Bugyi István Kórház  
 Központi Röntgen osztály  
 Főigazgató: dr. Kalmár Mihály  
 6600 Szentés, Sima Ferenc u.44-58.  
 Tel:06-63-313-244 / 339

Kód: 1. 2

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Ultrahanggal vezérelt sejti mintavételhez

**A beavatkozás célja:** Előzetes vizsgálatok során kimutatott kóros szervi eltérésből mintavétel a pontos sejti megítéléshez, a további kezelés eldöntéséhez.

**A beavatkozás módja:**

A sejti mintavételhez, bőrfertőtlenítés után, ultrahang vezérléssel a szükséges vastagságú és hosszúságú speciális mintavételi tűt a kóros területhez irányítjuk és vákuum segítségével kiemeljük a mintaanyagot és sejti feldolgozásra küldjük.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás egy tűszúrásnyi kellemetlenséggel jár. Ritkán szövődményként vérzés, testváladék csorgás vagy fertőződés fordulhat elő, amelyek további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A tájékoztatást megértettem és elfogadom, hogy betegségem tisztázásához a fenti beavatkozás szükséges és beleegyezem, hogy azt rajtam elvégezzék.

.....  
 dátum

.....  
 beteg vagy gondviselő

.....  
 beavatkozást végző orvos

.....  
 asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:.....Szül. dátum:.....

Lakcím:.....TAJ.....

Klinikai adatok:.....Kóros laborleletek:.....

Vizsgálat indikációja:.....

Lidocain érzékenység:.....

Dátum:.....Beavatkozást kérő orvos:.....

Csongrád Megyei dr. Bugyi István Kórház  
 Központi Röntgen osztály  
 Főigazgató: dr. Kalmár Mihály  
 6600 Szentes, Sima Ferenc u. 44-58.  
 Tel.: 06/63/313-244/347

## J E G Y Z Ő K Ö N Y V

amely készült a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentes, Központi Röntgen  
 Osztály

..... vizsgáló helyiségében

.....év.....hó.....nap.....óra.

**Jelen vannak:**

.....beteg

.....orvos

.....tanú

.....tanú

A beteg kijelenti, tájékoztatták arról, hogy az eddigi diagnosztikai eljárások szerint még nem tisztázott megbetegedésben szenved. A felajánlott ultrahang-vezérelt sejti mintavételi beavatkozást nem kívánja igénybe venni, annak tudatában sem, hogy ezzel elmarad a betegségének pontosabb meghatározása, amely miatt az ellátás súlyos vagy maradandó egészségkárosodással járhat.

Ezután a beteg kijelenti az orvos kérésére, hogy betegségéről az ellátás elmaradásából eredő lehetséges következményekről szóló tájékoztatást tudomásul vette, azt megértette, de azt az alábbi okból mégsem kívánja igénybe venni. ....

Ezt követően az orvos ismételten tájékoztatja a beteget az ellátás elmaradásának lehetséges következményeiről az alábbiak szerint: a beavatkozással olyan mintavétel történik, amelyből nagy valószínűséggel megállapítható az elváltozás jó- vagy rosszindulatú volta. Ennek segítségével a további, célzott terápia indítható meg.

A beteg ismételten kijelenti, hogy a felsorolt ellátásokat ennek ellenére sem kívánja igénybe venni.

Kelt, mint fent.

.....

beteg

.....

orvos

.....

tanú

.....

tanú



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Ultrahanggal vezérelt szöveti mintavételhez

A beavatkozás célja: Előzetes vizsgálatok során kimutatott kóros szervi eltérésből mintavétel a pontos szöveti megítéléshez, a további kezelés eldöntéséhez.

**A beavatkozás módja:**

A szöveti mintavételhez, bőrfertőtlenítés és helyi érzéstelenítés után, ultrahang vezérléssel a szükséges hosszúságú és vastagságú tűt a kóros területre irányítjuk és a finoman metsző hüvely segítségével kiemeljük a mintaanyagot és szövettani feldolgozásra küldjük.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás egy tűszúrásnyi kellemetlenséggel jár. Ritkán szövődményként vérzés, testváladék csörgés vagy fertőződés, érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység fordulhat elő, amelyek további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

A szöveti mintavétel után néhány órás fekvés és 24 órás orvosi megfigyelés szükséges.

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A tájékoztatást megértettem és elfogadom, hogy betegségem tisztázásához a fenti beavatkozás szükséges és beleegyezem, hogy azt rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:..... Szül.dátum:.....  
Lakcím:..... TAJ.....  
Klinikai adatok:..... Kóros laborleletek:.....  
Vizsgálat indikációja:.....  
Lidocain érzékenység:.....  
Dátum:..... Beavatkozást kérő orvos:.....



do.

Csongrád Megyei dr. Bugyi István Kórház  
Központi Röntgen osztály  
Főigazgató: dr. Kalmár Mihály  
6600 Szentés, Sima Ferenc u.44-58.  
Tel: 06-63-313-244 /339

Kód: 1.2

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Ultrahang vezérelt folyadék leszíváshoz, helyi kezelés végzéséhez

**A beavatkozás célja:**A testfelszínen, vagy a testüregben kialakult kóros folyadékgyülem műtét nélküli eltávolítása.

**A beavatkozás módja:** Bőrfertőtlenítés és helyi érzéstelenítés után, az előzetes vizsgálatokkal igazolt kóros folyadékgyülembe, ultrahang irányításával, a szükséges vastagságú és hosszúságú speciális szűrőtűt vezetünk. A folyadékot leszívjuk, vagy a tű eltávolítása után a hátrahagyott mandrinon keresztül vezetődrót segítségével speciális katétert helyezünk a folyadékgyülembe. A leszívott folyadékból sjtí megítélésre és tenyésztésre mintát küldünk. A katétert a bőrhez fixáljuk és egy gyűjtőtasakkal látjuk el. A katéter a bennék teljes leürülése után kerül eltávolításra.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás az érzéstelenítés miatt nem igazán fájdalmas. A beavatkozás helyétől függően lehetnek szövődményei pl: vérzés, környező képletek sérülése, befertőződés, érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység, amelyek további orvosi kezelést igényelhetnek.

Közvetlenül a katéter behelyezés után átmenetileg felléphet reflexes ájulásérzés, hevesebb szivdobogás érzés, gyengeség.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti tájékoztató alapján megértettem a beavatkozás szükségességét, hogy elmaradása a betegségem gyógyulását hátráltatja és elfogadom, hogy azt rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

## VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:.....Szül. dátum:.....

Lakcím:.....TAJ szám:.....

Klinikai adatok:.....Kóros laborleletek:.....

.....  
Indikáció:.....

Lidocain érzékenység:.....

Dátum:.....Beavatkozást kérő orvos:.....

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Emlő

#### Röntgen vezérelt Stereotaxias szöveti minta vételhez

**A beavatkozás célja:** ultrahang-, vagy röntgen mammográfiával kórosnak látszó emlőállományból a további teendők, esetleg műtéti kezelés eldöntéséhez szöveti mintavétel és elemzése szükséges.

**A beavatkozás technikája:**

A szövettani mintavételnél a bőrfertőtlenítés és helyi érzéstelenítést követően, röntgen vezérlés segítségével, a célterület lezorítása mellett, a mintavételi tűt a célterületre irányítjuk, finoman metsző hüvely segítségével kiemeljük a mintaanyagot és szövettani feldolgozásra küldjük. Mintavételek számát a kiemelt mintaanyag mennyisége befolyásolja, általában többszörös.

**Lehetséges szövődmények:**a szöveti mintavételek tűszúrásnyi kellemetlenséggel járnak. A beavatkozás ritka szövődménye lehet vérzés, fertőzés, helyi érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység, amelyek esetleg további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fentieket megértettem és beleegyezem, hogy a szükséges beavatkozást rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Betegneve:.....Szül.dátum:.....

Lakcím:.....TAJszám:.....

Klinikai adatok:.....Kóros laborleletek:.....

Indikáció:.....Lidocain érzékenység ismert-e?.....

Terhesség fennállhat-e?.....

Dátum:.....

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Emlő

#### Ultrahang vagy röntgen vezérelt szöveti minta vételhez - core biopsiához.

A beavatkozás célja: ultrahang-, vagy röntgen mammográfiával kórosnak látszó emlőállományból a további teendők, esetleg műtéti kezelés eldöntéséhez szöveti mintavétel és elemzése szükséges.

A beavatkozás technikája:

A szövettani mintavételnél a bőrfertőtlenítés és helyi érzéstelenítést követően, UH vagy röntgen segítségével a mintavételi tűt a célterületre irányítjuk, finoman metsző hüvely segítségével kiemeljük a mintaanyagot és szövettani feldolgozásra küldjük. Mintavételek számát a kiemelt mintaanyag mennyisége befolyásolja, általában többszörös.

**Lehetséges szövődmények:**a szöveti mintavételek tűszúrásnyi kellemetlenséggel járnak. A beavatkozás ritka szövődménye lehet vérzés, fertőzés, helyi érzéstelenítővel szembeni túlérzékenység, amelyek esetleg további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYEZŐNYILATKOZAT

A fentieket megértettem és beleegyezem, hogy a szükséges beavatkozást rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Betegneve:.....Szül.dátum:.....

Lakcím:.....TAJ szám:.....

Klinikai adatok:.....Kóros labor leletek:.....

.....  
Indikáció:.....

Lidocain érzékenység ismert-e?.....

Terhesség fennállhat-e?.....

Dátum:.....Beavatkozást kérő orvos:.....

Csongrád Megyei dr. Bugyi István Kórház  
 Főigazgató: dr. Kalmár Mihály  
 Központi Röntgen osztály  
 6600 Szentes, Sima Ferenc u. 44-58.  
 Tel.: 06/63/313-244/347

## J E G Y Z Ó K Ö N Y V

amely készült a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentes, Központi Röntgen  
 Osztály

..... vizsgáló helyiségében  
 .....év.....hó.....nap.....óra.

**Jelen vannak:**

.....beteg  
 .....orvos  
 .....tanú  
 .....tanú

A beteg kijelenti, tájékoztatták arról, hogy az eddigi diagnosztikai eljárások szerint még nem tisztázott emlő megbetegedésben szenved. A felajánlott ultrahang-vezérelt szöveti mintavételi beavatkozást nem kívánja igénybe venni, annak tudatában sem, hogy ezzel elmarad a betegségének pontosabb meghatározása, amely miatt az ellátás súlyos vagy maradandó egészségkárosodással járhat.

Ezután a beteg kijelenti az orvos kérésére, hogy betegségéről az ellátás elmaradásából eredő lehetséges következményekről szóló tájékoztatást tudomásul vette, azt megértette, de azt az alábbi okból mégsem kívánja igénybe venni. :.....

Ezt követően az orvos ismételten tájékoztatja a beteget az ellátás elmaradásának lehetséges következményeiről az alábbiak szerint: a beavatkozással olyan mintavétel történik, amelyből nagy valószínűséggel megállapítható az elváltozás jó- vagy rosszindulatú volta. Ennek segítségével a további, célzott terápia indítható meg.

A beteg ismételten kijelenti, hogy a felsorolt ellátásokat ennek ellenére sem kívánja igénybe venni.

Kelt, mint fent.

.....	.....
beteg	orvos
.....	.....
tanú	tanú

Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, Szentes  
Röntgen osztály  
6600 Szentes, Sima Ferec u.44-58.  
Tel:06-63-313-244/130

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Emlő

#### Ultrahang cysta leszíváshoz

**A beavatkozás célja:** ultrahanggal a feszülő cysta bennének ultrahanggal vezérelt leszívása és elemzése szükséges a fájdalom megszüntetéséhez ill. a további teendők eldöntéséhez.

**A beavatkozás technikája:**

Cysta leszívásnál bőrfertőtlenítés után, UH segítségével tűt vezetünk a folyadék gyülem belsejébe, folyamatos szívással kiürítjük és helyébe levegőt juttatunk a cysta fal összeragasztására. A leszívott bennéket sejti megítélésre küldjük.

**Lehetséges szövődmények:** a cysta leszívás tűszúrásnyi kellemetlenséggel jár. A beavatkozás ritka szövődménye lehet vérzés, fertőzés amelyek esetleg további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYEZŐNYILATKOZAT

A fentieket megértettem és beleegyezem, hogy a szükséges beavatkozást rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

**Betegneve:**.....**Szül.dátum:**.....

**Lakcím:**.....**TAJ szám:**.....

**Klinikai adatok:**.....**Kóros labor leletek:**.....

.....  
**Indikáció:**.....

**Lidocain érzékenység ismert-e?**.....

**Dátum:**.....**Beavatkozást kérő orvos:**.....

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Emlő

#### Ultrahang /Rtg vezérelt emlő izotópos bejelöléshez

**A beavatkozás célja:** Előzetes vizsgálatok során kimutatott, nem tapintható emlő kóros állományának sebészi eltávolításához szükséges lokalizáció.

**A beavatkozás technikája:**

A lokalizációhoz, bőrfertőtlenítés után, ultrahang /Rtg vezérléssel az izotópot 22G tűvel a kóros területbe irányítjuk .

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás tűszúrásnyi kellemetlenséggel jár. Ritkán szövődményként vérzés vagy fertőződés fordulhat elő, amelyek további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYEZŐNYILATKOZAT

A fentieket megértettem és beleegyezem, hogy a szükséges beavatkozást rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Betegneve:.....Szül.dátum:.....

Lakcím:.....TAJszám:.....

..

Klinikai adatok:.....

Kóros leletek: .....

Indikáció:.....

Terhesség fenn állhat-e?.....

Dátum:.....Beavatkozást kérő orvos: .....



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Emlő

#### Ultrahang vezérelt aspirációs cytológiához -sejti mintavételhez.

**A beavatkozás célja:** ultrahang-, vagy röntgen mammográfiával kórosnak látszó emlőállományból a további teendők, esetleg műtéti kezelés eldöntéséhez sejti mintavétel és elemzése szükséges.

**A beavatkozás technikája:**

A sejti mintavétel, bőrfertőtlenítés után, közvetlen rászúrással történik, vékony tűvel, UH vezérléssel és vákuum segítségével emeljük ki a minta anyagot, amiből kenetet készítünk és sejti értékelésre küldjük. Egyszeri kevés anyagszám esetén a mintavétel többszörös is lehet.

**Lehetséges szövődítmények:** a sejti mintavételek tűszúrásnyi kellemetlenséggel járnak. A beavatkozás ritka szövődítménye lehet vérzés, fertőzés amelyek esetleg további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYZŐNYILATKOZAT

A fentieket megértettem és beleegyezem, hogy a szükséges beavatkozást rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:..... Szül.dátum:.....

Lakcím:..... TAJ szám:.....

Klinikai adatok:..... Kóros labor leletek:.....

Indikáció:.....

Terhesség fennállhat-e?.....

Dátum:..... Beavatkozást kérő orvos:.....

27.

Csongrád Megyei dr. Bugyi István Kórház  
Központi Röntgen osztály  
Főigazgató: dr. Kalmár Mihály  
6600 Szentés, Sima Ferenc u.44-58.  
Tel:06-63-313-244 / 339

Kód: 1. 2

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ / VIZSGÁLATKÉRŐ

### Ultrahanggal vezérelt emlő dróthurkos bejelöléshez

**A beavatkozás célja:** Előzetes vizsgálatok során kimutatott, nem tapintható emlő kóros állományának sebészi eltávolításához szükséges lokalizáció.

**A beavatkozás módja:**

A lokalizációhoz, bőrfertőtlenítés után, ultrahang vezérléssel a speciális jelölő tűt a kóros területbe irányítjuk és a jelölő hurkot előre tolva a kívánt területen fixáljuk. A vezető tű eltávolítása után a dróthurok a műtétiig az emlő állományában marad.

**Lehetséges szövődmények:** A beavatkozás egy tűszúrásnyi kellemetlenséggel jár. Ritkán szövődményként vérzés vagy fertőződés fordulhat elő, amelyek további orvosi beavatkozást igényelhetnek.

### BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A tájékoztatást megértettem és elfogadom, hogy a műtéthez a fenti beavatkozás szükséges és beleegyezem, hogy azt rajtam elvégezzék.

.....  
dátum

.....  
beteg vagy gondviselő

.....  
beavatkozást végző orvos

.....  
asszisztens

### VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve:.....Szül.dátum.....

Lakcím:.....TAJ .....

Klinikai adatok:.....Kóros laborleletek:.....

Vizsgálat indikációja:.....

Lidocain érzékenység:.....

Dátum:.....Beavatkozást kérő orvos:.....