

**Beleegyez nyilatkozat**  
**A máj t szúrásos szövetszövetmintavétele, a májbiopszia**

<b>Név:</b>	#!NEV; (sz.n.: #!BLEANYKORINEV;)	<b>Sorszám:</b>	#!OSZTVZSGEVES;
<b>Születési hely, id :</b>	#!BSZULHELY; #!SZULIDO; ( #!BELETKORA; éves )	<b>TAJ:</b>	#!TAJ_TAGOLT;
<b>Anyja neve:</b>	#!BANYJANEVE;	<b>Vizsgálat ideje:</b>	#!OSZTVZSGFELV;
<b>Lakcím:</b>	#!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;		

A májbiopszia a májbetegségek felismerésének, állapotának a meghatározására szolgáló vizsgálati módszer, melynek során a májból üreges t segítségével fonálvékonyságú szövethengert nyerünk szövettani vizsgálat céljára.

A vizsgálat el tti teend k

Kérjük, a vizsgálat el tt tájékoztassa orvosát arról, hogy tud-e gyógyszer iránti túlérzékenységr l (allergia), vérzékenységr l, szed-e véralvadástgátló gyógyszert, van-e epilepsziája, fennáll-e terhesség. A vizsgálat el tt étkezni nem szabad.

A vizsgálat menete

A vizsgálat során a b r fert tlenítése után a beteg érzéstelenít injekciót kap, majd a b r én ejtett pár milliméteres metszés nyílásán keresztül üreges t t vezet a vizsgáló orvos a májba, majd vákuum segítségével fonálvékonyságú szövethengert távolít el bel le. Az eltávolított májszövetminta mikroszkópos vizsgálata alapján a máj különböz típusú gyulladásos folyamatait, tárolási betegségeit, vírusfert zöttségét stb. lehet megállapítani.

Lehetséges szöv dmények

A májbiopszia (mint minden orvosi beavatkozás) járhat szöv dménnyel, de ezek nagyon ritkák. El fordulhat az érzéstelenít szer, a fert tlenít szer, a ragtapasz iránti túlérzékenység (allergia), 10.000 májbiopsziából egy esetben vérzés, bélátfúródás, hashártyagyulladás, légmellképz dés, vérvizelés. A májbiopszia elmaradása sok esetben a beteg állapotromlásához vezet, a kezel orvos a kockázat / haszon gondos mérlegelése alapján javasolja a vizsgálat elvégzését.

A vizsgálat utáni teend k

A vizsgálat után egy órán keresztül jobb oldalon kell fekvődni. Ezt követ en étkezhet, ihat, az ágyában mozoghat, de az ágyat 24 órán keresztül nem szabad elhagynia.

Amennyiben a vizsgálat után hasi vagy mellkasi fájdalom, láz jelentkezne, jelezze kezel orvosának!

**Ha bármilyen kérdése van, tegye föl a kezel orvosának vagy a májbiopsziát végz orvosnak.**

**Nyilatkozat**

Beleegyzem, hogy a beavatkozás menetér l fénykép, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé.

Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyzem abba, hogy kezelésben – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemcsak orvosok, hanem orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

A kapott tájékoztatást elegend nek és megfelel nek találtam.

**A fenti tájékoztatást megértettem, kérem, hogy a vizsgálatot végezzék el rajtam.**

Sopron, .....

.....  
beteg aláírása

A beteget a vizsgálat el nyeir l, kockázatáról, az esetleges szöv dményeir l felvilágosítottam:

.....  
kezel orvos

.....  
endoszkópos orvos

.....  
endoszkópos asszisztens

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a beavatkozást elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Sopron, .....

.....

beteg aláírása