



## Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat port revízióhoz, eltávolításhoz

### **Kedves Betegünk!**

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy ismertessük a beavatkozás lényegét, tájékoztassuk a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére.

### **A beavatkozás célja**

A beavatkozások célja a más kezeléssel nem, vagy nem kellően csökkenthető fájdalmak csillapítása. Amennyiben a port használatával kapcsolatban szövődmények jelentkeznek, például gyulladás, a bőr elvékonyodása, kilyukadása, a port körüli terület fertőződése, a port körül beavatkozásokat végzünk a fertőzés megszüntetésére és a sebgyógyulás elősegítésére.

### **A beavatkozás rövid leírása**

A port revízió lehet egyszerű megtekintés, melyet kiegészítünk tablettás, kenőcsös kezeléssel. Amennyiben a probléma komolyabb, szükséges lehet a folyadék, gennygyülem eltávolítására, átmeneti vagy tartósabb (néhány nap) drén behelyezésre. További beavatkozás a terület öblítése sebtisztító és fertőtlenítő oldatokkal, helyben alkalmazható antibiotikus injekcióval. A port feletti bőr megnyitása, nyílt sebkezelés, a kilyukadt, elvékonyodott bőr kimetszése, fertőtlenítő Inadinos lappal fedése, steril fedőkötések cseréje, komplett sebkimetszés, a port áthelyezése másik tasakba, illetve végső esetben a port eltávolítása. Seb varrása, varratszedés. A beavatkozások vérzéses kockázatot jelentenek, emiatt lehetőség esetén a véralvadásgátló gyógyszerek adagolását 3-5 napra felfüggesztjük.

### **A beavatkozás lehetséges előnyei**

A fájdalom csökkenthető, a gyulladás csökkenthető, a fertőzés továbbterjedésének veszélye csökkenthető, a szisztémás gyulladásos folyamat, szepszis rizikója csökkenthető, a bőr és a port további károsodása megelőzhető, a port megmenthető, a további műtéti beavatkozás elkerülhető. Ha nem, a további gyorsabb gyógyulás és felépülés érdekében a port eltávolítható, ezzel a további fertőzés megakadályozható (szepszis, szívbelhártya gyulladás). A port megmentésével a további kemoterápiás kezelés folytatható. Az aszeptikus technikával a fertőzés veszély minimálisra csökkenthető.

### **A beavatkozás elmaradásának kockázatai**

A port környéke tovább fertőződik, bőrelhalás, a mélyebb szövetek károsodása alakulhat ki, a fájdalom tartósabban fennáll, melynek kellemetlen élettani hatásai az alvásproblémák, koncentráció zavarok, túlzott ráfigyelés a fájdalomra, étkezési szokások megváltozása, a gyógyszerszedésekből eredő kockázatok és mellékhatások, családi, szociális és munkahelyi gondok, nem megfelelés, depresszió, elkeseredettség,



tanácstalanság, reménytelenség érzése. Magasabb tablettás gyógyszerigény, több gyógyszerkombinációra erősebb hatású gyógyszerekre lehet szükség. A kemoterápiás kezelés a fertőzött, károsodott bőrterületen nem folytatható, a tumoros betegség előrehaladhat.

### **A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok**

Kiegészítő kezelések általában nem vezetnek eredményre, az esetek csak kis részében gyógyulnak antibiotikus kezelésre. A legcélszerűbb a punkció, feltárás, károsodott bőr kimetszése, a tasak átöblítése (drenázs), végső esetben port eltávolítás. Tablettás fájdalomcsillapítás, kenőcsök. Bőrre felhelyezhető gyulladáscsökkentő fájdalomcsillapító tapaszok. Izomba adott injekciók, intravénás injekciók, infúziós kezelések. Kábító fájdalomcsillapító gyógyszereket tartalmazó bőrre felhelyezhető tapasz vagy tablettás kezelés.

### **A beavatkozás lehetséges kockázatai**

- átmeneti fájdalom,
- a kifektetéskor, pozicionáláskor kellemetlenség
- vérzés
- a véralvadásgátlók elhagyása miatt trombózis, érelzáródás
- fertőzés, fertőzés továbbterjedése
- hőemelkedés, láz
- port körüli, mellkasi, lágyrész, ritkábban mellüregi tályog
- szív körüli nagyerek trombózisa, elzáródása
- szívbelhártya gyulladás, billentyű vegetáció, agyi embolizáció
- érsérülés, trombózis, embólia
- légmell, légzési elégtelenség
- mellkasi folyadékgyülem
- mellüregi vérzés
- szemhéjcsüggés, arc zsibbadás, nyak zsibbadás
- karzsibbadás, átmeneti érzés és mozgáskiesés
- helyi érzéstelenítő okozta allergia
- helyi érzéstelenítő okozta szisztémás toxicitás
- vérnyomás esés, ájulás
- alkalmazott antibiotikum érzékenység, allergia
- alkalmazott fertőtlenítő, öblítőfolyadék érzékenység, allergia, irritáció
- átmeneti égő érzés, viszketés
- immunrendszerre gyakorolt hatás, fertőzésveszély
- Röntgen képképző, átvilágító, CT ionizáló sugárzás hatásai
- katéterekben, drénekekben alkalmazott gyógyszerek mellékhatásai
- katéter kicsúszás, katéter elmozdulás
- ragtapasz, steril fedés gumírozása okozta helyi irritáció, kiütések

**A beavatkozás tervezett időpontja:** .....



**A beteg kérdései:**

.....  
.....  
.....

**Az orvos megjegyzései:**

A beteg személyes, egyéni kockázatai, a beteg kérdéseire adott válaszok:

.....  
.....  
.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

## Beleegyező nyilatkozat

**Beteg neve:** .....

**TAJ szám:** .....

**Születési hely, idő:** .....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....  
.....  
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa: .....

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.



1. **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

.....  
.....

2. **Tervezett beavatkozás megnevezése:** port revízió, eltávolítás

3. **Tájékoztatást adó orvos neve:** .....

A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen **beleegyezem, hogy a beavatkozást elvégezzék.**

Kelt: ....., 20..... hó ..... nap

.....  
tájékoztatót végző orvos  
aláírása és pecsétje

.....  
beteg/törvényes képviselő  
/helyettes döntéshozó  
aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név .....

.....

lakcím .....

.....

aláírás .....

.....