



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat bőr (punch) biopszia készítéséhez

Kedves Betegünk!

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

A betegség megnevezése, rövid ismertetése

A punch biopszia bőrbetegségek és vékonyrost-neuropátia (SFN) igazolására szolgál. Neurológiai indikáció elsősorban a vékonyrost-neuropátia gyanúja esetén áll fenn. Az SFN betegség a vékony érző és vegetatív idegrostok károsodása révén jellegzetes tünetekhez vezet: jellemző a különböző testtájak, elsősorban a kéz- és lábfejek zsibbadása, égő érzése, néha áramütésszerű fájdalma, amit neuropátiás fájdalomnak nevezünk. Vegetatív zavarként a verejtékezés, a bélmozgás, a szív frekvencia változásai és a hőérzés zavara kísérhetik.

A beavatkozás célja

A punch biopszia a feltételezett vékonyrost-neuropátia (SFN) igazolására szolgál.

A beavatkozás rövid leírása

A vizsgálat egy speciális eszköz segítségével történik, mely egy 3-4 mm nagyságú éles henger. Előzetes, helyi érzéstelenítést követően az éles hengerrel a bőrből szövetmintát nyerünk, mely szövettani feldolgozásra kerül. A beavatkozás nem jár fájdalommal. A kimetszés helyére vérzéscsillapítást követően steril fedőkötés kerül, a seb varrás nélkül másodlagosan gyógyul, amit gyógyulásig kötni kell, víz nem érheti.

A beavatkozás lehetséges előnyei

SFN kórkép esetén ez az egyetlen specifikus módszer, amivel a betegség igazolható.

A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei

SFN nem igazolható - más betegség is utánozhatja a tüneteket.

A beavatkozás ellenjavallatai

Véralvadásgátló vagy vérhígító gyógyszer szedése (ezek a beavatkozás előtt a kezelőorvossal való megbeszélés szerinti időpontban leállítandók).

Túlérzékenység helyi érzéstelenítőre.

A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok

A biopsziát nem lehet kiváltani más vizsgálatokkal. Speciális, korlátozottan elérhető szemészeti vizsgáló módszer, a korneális konfokális mikroszkópia, bizonyos betegségek esetében helyettesítheti a biopsziát.



A beavatkozás lehetséges kockázatai

Érzéstelenítést követő esetleges allergiás reakció, nem megfelelő sebgyógyulás, mely a hegyszövet kiboltosulását jelentheti, valamint a sebfertőzés, mindezek előfordulása nagyon ritka.

A beavatkozás tervezett időpontja:

A beteg kérdései:

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

Az orvos megjegyzései:

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

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

Önnnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

A vizsgálat után megmaradt, mélyfagyasztott szövetmintát vagy annak egy részét – a DNS-minta kivételével – intézményünk a továbbiakban személyazonosításra véglegesen alkalmatlan módon a diagnosztikai laboratóriumok számára előírt minőségbiztosítási követelményeknek való megfelelési, valamint kutatási és oktatási célból felhasználhatja, amennyiben ez ellen Ön nem tiltakozott.

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, latinul): vékonyrost-neuropathia

2. Tervezett beavatkozás megnevezése: bőr (punch) biopszia

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 kényszersztől mentesen **beleegyezem, hogy a beavatkozást elvégezzék.**

Kelt:, 20..... hó nap

.....
tájékoztatást végző orvos
aláírása és pecsétje

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

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú
név
lakcím
aláírás

2. tanú
.....
.....
.....