



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat izombiopszia készítéséhez

Kedves Betegünk!

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

A betegség megnevezése, rövid ismertetése, alapvető anatómiai és élettani tudnivalók

Az izombiopszia vizsgálat a felmerülő izombetegség igazolását, illetve pontosítását szolgálja, segíti a további kezelést. Izombetegség (myopathia) vagy izomsorvadás (dystrophia) számos genetikai eltérés következtében, valamint myopathia szerzett kórképként is kialakulhat (pl. endokrin betegségek, gyógyszerek mellékhatásaként). A gyulladásos izombetegség (myositis) általában autoimmun folyamat következménye. Ezek során a vázizomzat gyengesége és fogyása jelentkezik, nem ritkán laboreltérések (pl. a kreatin kináz /CK/ emelkedés) kísérik.

A beavatkozás célja

A feltételezett izombetegség igazolása, típusának megállapítása, ha felmerül, autoimmun gyulladásos izombetegség típusának azonosítása.

A beavatkozás rövid leírása

A vizsgálat egy speciális eszköz segítségével történik, mely egy maximum 4-5 mm nagyságú szövetdarabot csíp ki az izomból. Előzetesen a beavatkozás helyét fertőtleníttjük és helyi érzéstelenítés történik. A beavatkozás kevés fájdalommal járhat. A kimetszés helyére vérzéscsillapítást követően steril fedőkötés kerül, a seb varrás nélkül gyógyul, helyén vonalas heg marad vissza. A sebet 1 hétig víz nem érheti.

A beavatkozás lehetséges előnyei

Kiegészítő információk nyerhetők a feltételezett izombetegségről. Autoimmun gyulladásos kórkép esetén ez az egyetlen módszer, ami a betegség pontos típusát igazolni tudja.

A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei

Myopathia, izomdystrophia, autoimmun myositis gyakran nem bizonyítható vagy nem zárható ki szövettani mintavétel nélkül.

A beavatkozás ellenjavallatai

- Véralvadásgátló vagy vérhígító gyógyszer szedése (ezek a beavatkozás előtt a kezelőorvossal történő egyeztetés alapján leállítandók)
- Túlérzékenység helyi érzéstelenítőre



A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok

A biopsziát nem lehet kiváltani más vizsgálatokkal. Képalkotó vizsgálatok (ultrahang, MRI), valamint elektrofiziológiai vizsgálatok (EMG) kiegészítő információt adhatnak.

A beavatkozás lehetséges kockázatai

Helyi 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 cselekvőképés 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: izombiopszia

3. Tájékoztatót 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 kényszersztól 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
név
lakcím
aláírás

2. tanú
.....
.....
.....