



## TÚVEL TÖRTÉNŐ ANYAGVÉTEL A TÜDŐBŐL, A MELLKASFALON KERESZTÜL

### KEDVES BETEGÜNK!

Az eddigi vizsgálatok eredményei alapján szükségesnek tartjuk Önnél szövetminta vételét a tüdőből. Ez a vizsgálat igen nagy segítséget nyújthat a pontos diagnózis felállításához és a kezelés módjának meghatározásához.

### A VIZSGÁLAT MENETE

A tüdőben lévő elváltozás elhelyezkedésétől függően előlről, hátulról vagy pedig oldalról történik a tűbeszúrás - a bőrön keresztül, a bordák között - a tüdőbe, a mintavétel helyére. A tű bevezetését (punkció) képalkotó eljárással (röntgen, computer tomográf) folyamatosan ellenőrizzük. Ezután a tűvel a megfelelő helyről vizsgálati anyagot veszünk.

A beszúrás pontját vékony tű alkalmazása esetén nem szükséges érzésteleníteni; a beszúrás nem okoz nagyobb fájdalmat, mint maga az érzéstelenítő injekció. Vastagabb tű használatakor, ami néhány esetben a vizsgálat szempontjából kedvezőbb lehet, helyi érzéstelenítést alkalmazunk.

Az esetleges köhögési inger és fájdalom rövid időn belül magától elmúlik.

### LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. Egyszerűbb beavatkozások (pl. injekció) is járhatnak kockázattal. Előre nem látható események is előfordulhatnak, amelyek szerencsétlen körülmények láncolatánál súlyos, akár életveszélyes következményekkel is járhatnak.

A leggyakoribb komplikáció az, hogy levegő kerülhet be a mellhártyatérbe (légmell -pneumothorax). Ilyenkor szükségessé válik, egy vékony cső (kanül) bevezetése a mellhártyatérbe a bejutott levegő leszívására. A cső kb. 3-5 nap elteltével távolítható el. A bőr alatti kötőszövetbe a pneumothorax kísérőjelenségeként bejutott levegő ártalmatlan. Ha a tű hegye eret talál, az ér fala rendszerint magától elzáródik. A beavatkozást követő első napokban észlelt kissé véres köpet miatt nem, kell nyugtalanodnia. A nagyobb vérzések rendkívül ritkák. Extrém ritka az az eset, amikor levegő jut a véredénybe (légembólia).

Daganat jelenléte esetén a daganatsejtek szóródása bár biztonsággal nem zárható ki, azonban ilyen sejtek a szűrőcsatornában csak rendkívül ritkán figyelhetők meg.

**Ahhoz, hogy a kockázatot a minimálisra csökkentsük, kérjük Önt, hogy megfontoltan válaszoljon az alábbi kérdésekre:** *(Kérjük jelölje meg a megfelelő választ!)*

- 1.) Fennáll-e Önnél fokozott vérzési hajlam kisebb sérüléseknél vagy foghúzásnál?  
 IGEN  NEM
- 2.) Könnyen keletkezik-e kék folt a testén, vagy van-e valaki a vérszerinti rokonságban, akinek hajlama van?  
 IGEN  NEM
- 3.) Van-e valamilyen allergiája (pl. szénanátha, asztma), túlérzékenysége ételre, gyógyszerre, ragtapaszra vagy helyi érzéstelenítőre?  
 IGEN  NEM
- 4.) Van-e tudomása szív- vagy tüdőbetegségről (pl. magas vérnyomás, szívritmuszavar, koszorúérgörcs, tüdőasztma) vagy beültettek-e Önnek szívritmus-szabályozót (pacemaker) vagy műbillentyűt?  
 IGEN  NEM
- 5.) Szenved-e Ön valamilyen idült (krónikus) betegségben (pl. zöldhályog, epilepszia)?  
 IGEN  NEM
- 6.) Egyéb fontosnak vélt közlendői:

## A VIZSGÁLAT UTÁN

A vizsgálatot követően több órás ágynyugalom szükséges. Ha légszomjat érez, vagy ha a szűrés helyén duzzanatot észlel, kérjük jelezze az orvosnak vagy az ápolónőnek. Végezetül kontrol mellkas RTG vizsgálat történik.

## KÉRDEZZEN MEG BENNÜNKET!

Ha valamit nem értett meg, vagy ha a fent leírtakkal kapcsolatban bármilyen kérdés merült fel Önben.

## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT - A FELVILÁGOSÍTÓ BESZÉLGETÉS UTÁN

**Beteg neve:**

**Születési ideje:**

Dr. ....ezen tájékoztatóban leírtak alapján felvilágosító beszélgetést folytatott velem, melynek során minden engem érdeklő kérdést feltettem.

Fentiekkel kapcsolatos további kérdésem. NINCS VAN

A javasolt vizsgálatba, ill. az esetlegesen szükségessé váló egyéb (kiegészítő) beavatkozások elvégzésébe:

**BELEEGYZEM**

**NEM EGYEZEM BELE**

(annak ellenére, hogy az elutasítás esetleges, egészségre káros következményeiről felvilágosítást kaptam.)

Az adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem, a személyes és különleges adataim kezeléséhez hozzájárulásomat adom.

Dátum:

.....  
beteg aláírása

.....  
a kezelőorvos aláírása