

POZITRON - Diagnosztika Kft.		Dokumentum típusa: melléklet (me)
Betegtájékoztató vékonytű aspirációs citológiai vizsgálathoz		Dokumentum száma: me-01 M-07-027 oldal:1/3

Betegtájékoztató vékonytű aspirációs citológiai vizsgálathoz

Tisztelt Páciensünk!

Diagnosztikus célból Önnél aspirációs citológiai vizsgálat elvégzése indokolt. A vizsgálat mindenképpen az Ön érdekeit szolgálja, amelyet csak beleegyezése esetén végzünk el. Ez a tájékoztató informálja Önt a beavatkozásról.

Mi a FNAB?

(Fine Needle Aspiration Biopsy) Ezalatt az emberi testből, vékony orvosi tűvel nyert, sejt illetve esetenként váladék vételét értjük. A vizsgálandó területből nyert anyag citológiai vizsgálatot tesz lehetővé. Az FNAB egy jól bevált eljárás, amely megbízható diagnózist, esetenként (egyes cisztáknál) terápiát is szolgáltat.

Hogyan történik a vizsgálat?

A beavatkozást ambulánsan végezzük. Nem szükséges éhgyomorra jönnie! A vizsgálandó területet (néhány esetet leszámítva) először képalkotó eljárással (ultrahang) feltérképezzük. A mintavétel során az ultrahang kontroll növeli a vizsgálat biztonságát. (A tű helyzete az ultrahang készülék képernyőjén követhető.)

Fertőtlenítést követően, vékony orvosi tűt szúrunk a vizsgálandó területbe, amelyen át vizsgálati anyagot nyerünk. Ez az anyag lesz citológiai vizsgálatnak alávetve.

Vérzéscsillapítás miatt mintavétel után, a tűszúrás helyét rövid ideig komprimálni kell.

Azt javasoljuk, hogy a mintavétel napján kerülje a túlzott fizikai megterhelést (nagyதாகarítás, sport stb.)

A vizsgálat kb. 15 percig tart.

Milyen komplikációk léphetnek fel?

- Vérzés és enyhe fájdalom a szúrás helyén, amelyek általában kezelést nem igényelnek.
- Erősebb, esetleges műtéti beavatkozást is igénylő vérzések extrém ritkák.
- Nagyon ritkán a szúrás helyén sebgyógyulási zavar (elfertőződés, keloid képződés) léphet fel.
- Néhány esetben keringési zavar, ájulás fordulhat elő.
- Ritka esetben előfordulhat mellhártyasérülés, mellüri levegőgyülem (pneumothorax, ptx) képződéssel.
- A tudomány jelenlegi állása szerint a beavatkozás nem jelent tumorszóródási veszélyt!

Figyelem!

A szúrt sebre tett kötést, vagy tapaszt idő előtt ne vegye le (kövesse az orvos utasításait) és 24 óráig kerülje a sebtérület tisztítását!

Utánvérzés vagy egyéb komplikáció esetén azonnal forduljon orvoshoz!

POZITRON - Diagnosztika Kft.		Dokumentum típusa: melléklet (me)
Betegtájékoztató vékonytű aspirációs citológiai vizsgálathoz		Dokumentum száma: me-01 M-07-027 oldal:2/3

A vizsgálat eredménye 1-2 nap alatt készül el. **Kérjük, feltétlenül érdeklődjön kezelőorvosánál az eredmény után, mivel az esetleg szükséges további beavatkozások is az Ön érdekét szolgálják!**

Kérjük, korábbi orvosi dokumentációit a vizsgálatra hozza magával!

A komplikációmentes vizsgálat és a rizikó tényezők kiszűrése érdekében **kérjük, válaszolja meg az alábbi kérdéseket!**

Szenved Ön véralvadási zavarban?

O nem O igen.....

Szed Ön véralvadásra ható gyógyszert (Syncumar, Ticlid, Aspirin, Astrix stb.)?

O nem O igen.....

Allergiás Ön valamire?

O nem O igen.....

Szenved Ön sebgyógyulási zavarban (fokozott hegképződés, keloid)?

O nem O igen.....

Hajlamos az ájulásra, vagy szenved Ön nagy vérnyomás ingadozástól?

O nem O igen.....

Cukorbeteg?

O nem O igen.....

Van Önnek Hepatitis, vagy HIV fertőzése?

O nem O igen.....

Terhesség kizárható?

O nem O igen.....

POZITRON - Diagnosztika Kft.		Dokumentum típusa: melléklet (me)
Betegtájékoztató vékonytű aspirációs citológiai vizsgálathoz		Dokumentum száma: me-01 M-07-027 oldal:3/3

Ezúton tanúsítom, hogy a tájékoztatót elolvastam, megértettem és a feltett kérdésekre legjobb tudomásom szerint válaszoltam. **Beleegyezem a javasolt beavatkozás elvégzésébe.** A vizsgálatot végző orvossal folytatott személyes megbeszélés során, a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimre teljes körű és kimerítő választ kaptam.

.....
.....

Páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása

Orvos neve, aláírása

Dátum:.....

Orvosi megjegyzések a betegtájékoztatásról:

.....
.....

A páciens a vizsgálatba beleegyezik

O nem O igen

Amennyiben nem, úgy a páciens az ebből adódó hátrányokról tájékoztattam:

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

Ezúton tanúsítom, hogy a tájékoztatót elolvastam, megértettem és a feltett kérdésekre legjobb tudomásom szerint válaszoltam. **Nem egyezem bele a javasolt beavatkozás elvégzésébe.** A vizsgálatot végző orvossal folytatott személyes megbeszélés során, a beavatkozás elmaradásából adódó tájékoztatást megkaptam, az ebből adódó hátrányokkal kapcsolatos kérdéseimre teljes körű és kimerítő választ kaptam.

.....
páciens (vagy törvényes képviselő) aláírása

.....
orvos neve, aláírása

.....
dátum