



KÖCH RÓBERT KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

3780 Edelény, Dankó Pista u. 80. Pf. 63.

Tel.: 48/524-040 Fax: 48/341-632 email: titkarsag@krkedeleny.hu

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

A hörgők tükrözéses vizsgálatához

CÉL: - a légcső és a hörgők rendellenességeinek (vérzés, gyulladás, daganat, idegentest. ill. egyéb elváltozások) felismerése.

-szövettani mintavétel a kórosnak ítélt területből.

-Bizonyos terápiás műveletek elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, pangó váladék leszívás, stb.

A VIZSGÁLAT MENETE: éhgyomorra a garat helyi érzéstelenítése után egy hajlékony optikai műszer levezetése a légcsőbe és a hörgőrendszerbe. A beteg előzőleg nyugtató és köhögéscsillapító gyógyszert kap. A vizsgálat fájdalommentes, időtartama 5-10 perc.

-A ny ugtató inj. után a beteg járművet azon a napon nem vezethet.

-A **garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 2 óráig nem étkezhet.**

-Ha véres köpet, nehézlégzés jelentkezne, jelezze a vizsgáló orvosának személyesen vagy telefonon 48/524-040

SZÖVŐDMÉNYEK:

-érzéstelenítő vagy nyugtató inj. Iránti érzékenység,

-szövettani mintavétellel kapcsolatos kisebb vérzés,

-vizsgálat kiváltotta enyhébb átmeneti nehézlégzés.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében

KÉRJÜK VÁLASZOLJON ALÁHÚZÁSSAL A KÖVETKEZŐ KÉRDÉSEKRE.

Tud-e valamilyen gyógyszer iránt túlérzékenységről: igen - nem

Ha igen: _____

Tud-e vérzékenységről: igen - nem;

Szed-e véralvadástgátló gyógyszert: igen - nem;

Van-e epilepsziája, zöld hályogja: igen - nem;

Van-e beültetett szívritmus szabályozója: igen - nem;

Fenn áll-e terhesség: igen - nem;

Van-e egyéb említésre méltó betegsége: igen - nem

Ha igen: _____

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az ÖN kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha marad valamilyen kérdése, tegye fel a vizsgáló orvosának vagy az asszisztensnek!

A jelenlegi járványügyi helyzetben teljeskörű tájékoztatást kaptam a tervezett beavatkozás tekintetében, köztük a koronavírus vizsgálatok és tesztek szükségességéről, elvégzéséről és díjáról.

BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

A tájékoztató elolvasása után a javasolt hörgőtükrözéses vizsgálatba, ill. a szükséges műtéti jellegű terápiás beavatkozásokba beleegyezem.

Edelény, 20..... hó.....nap

beteg aláírása: _____