

Betegtájékoztató vékonytű aspirációs citológiai vizsgálatához (FNAB)-hoz

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 végett, mintavétel után, a tűszúrás helyét rövid ideig komprimálni kell.

Azt javasoljuk, hogy a mintavétel napján kerülje a túlzott fizikai megterhelést (nagytakarítás, 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!

Ezúton tanúsítom, hogy a tájékoztatót elolvastam, megértettem. **Beleegyezem a javasolt beavatkozás elvégzésébe.**

.....

páciens (vagy törvényes képviselő)

aláírása

.....

orvos neve, aláírása

.....

dátum

Kérjük korábbi orvosi dokumentációit a vizsgálatra hozza magával!

A tájékoztatót adja át vizsgálat előtt az asszisztensnek

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott(szül.:.....)

Beleegyezem, nem egyezem bele, hogy rajtam az orvos által ismertett ivasív beavatkozást (sejtminta-vétel, szövethener mintavétel, cysta folyadéktartalmának lebocsátása, tejjárát kontrasztanyagossal feltöltése, drót- ill. festékes jelölés) elvégezzék.

Az orvos felvilágosított a lehetséges szövődményekről, illetve a beavatkozás elmaradása folytán létrejövő esetleges hátrányokról is.

Csornaév.....hó.....nap

.....
orvos

.....
páciens