

BELEGYZŐ NYILATKOZAT
MÁJBIOPSZIA (szövetteni) VIZSGÁLAT ELVÉGZÉSÉHEZ

Alulírott: (**szülő, törvényes képviselő**): tanúsítom, hogy engem
Dr..... orvos által **#!NEV;** (Születési idő: **#!SZULIDO;** TAJ: **#!TAJ;**
anyja neve: #!BANYJANEVE; Lakcím: **#!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;**) nevű
gyermekemnél (**gondozottamnál**) javasolt májbiopsziás vizsgálatba beleegyezem.

A MÁJSZÖVETTANI VIZSGÁLAT JAVALLATAI

ELLENJAVALLATAI:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Ismeretlen eredetű máj megnagyobbodás- Idült májgyulladás- Idült visszatérő sárgaság.- Veleszületett anyagcsere betegség.- Gyógyszer okozta májkárosodás.- Ismeretlen eredetű lázas állapot. | <ul style="list-style-type: none">- Véralvadási zavarok- Nehezített légzés vagy jobb oldali tüdőgyulladás- Hasúri folyadék (Ascites)- Hashártya gyulladás- Epeút gyulladás.- Májtályog.- Vastagbél fejlődési rendellenesség.- Májban lévő értágulat |
|---|--|

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- Fájdalom a szúrás helyén
- Jobb vállba sugárzó fájdalom, múló jellegű
- Vérzés
- Légmell
- Epehólyag átszúrása. Epecsorgás szabad hasürben.
- Más szervek átszúrása.
- Felülfertőződés.
- Vizsgálat végzése után haematóma kialakulása.
- Az érzéstelenítő által előidézett allergiás reakció.

Miskolc, **#!AKTDATUM;**

.....
A felvilágosítást végző orvos aláírása Szülő v. törvényes képviselő aláírása