

**Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház**

Semmelweis Tagkórház, 3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Telefon: (46) 515-200 Fax: (46) 515-236 E-mail: mail@bkeok.hu

**SEMMEIWEIS V. Belgyógyászati Osztály**

Osztályvezető főorvos:

OEP KÓD: 056310115

Tel.: 531-700

**Beleegyező nyilatkozat hascsapolásba**

A vizsgálat, beavatkozás lényege:

A beavatkozás előtt fizikális vizsgálattal, hastapintás, kopogtatás, esetleg ultrahangos vizsgálattal megállapítják a hasüregben lévő kóros folyadék mennyiségét és elhelyezkedését. Ezután steril körülmények között, helyi érzéstelenítést követően egy tűt vezetnek be a hasfalón át a hasüregbe, melyen keresztül eltávolítják a folyadékot. A beavatkozás után 2 órán keresztül haskötőt alkalmaznak, és feküdni kell.

Jelentősége

Hascsapolás végezhető, ha a diagnózis megállapításához szükséges a hasüregben lévő folyadék elemzése. Ilyenkor kis mennyiségű mintát vesznek a hasban lévő folyadékból.

A beavatkozás terápiás céllal is történhet, ilyenkor a hasban felszaporodott, nagy mennyiségű folyadékot lebocsátják, így a jelenleg fennálló panaszokat (fulladás, nyomásérzés), tüneteket enyhíteni tudjuk.

Szövődményei:

Alulírott .....a hascsapolás lényegéről, annak szükségességéről és esetleges szövődményeiről (vérzés, bélsérülés, hasüregi fertőzés) számomra érthető tájékoztatást, felmerülő kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

A hascsapolásba beleegyezem.

Miskolc,

.....  
beteg olvasható aláírása

Beteg neve:  
Születési ideje:  
Születési helye:  
Lakcíme:

.....  
vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Törv. képv. neve:  
Születési ideje:  
Születési helye:  
Lakcíme:

(1) cselekvőképesség hiányában, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....  
(1) Tanu aláírása

(1) Tanu neve: .....  
Születési dátum: .....  
Lakcím: .....

.....  
(2) Tanu aláírása

(2) Tanu neve: .....  
Születési dátum: .....  
Lakcím: .....