



Ózdi Almási Balogh Pál Kórház
TBC Gondozó
3600 Ózd, Béke u. 1-3.

BETEGTÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

allergia vizsgálatához

Beteg neve:.....TAJ:.....

Diagnózis (jelenlegi állapot magyarul):.....

Beavatkozás tervezett időpontja:.....

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében allergia vizsgálat válik szükségessé. Az Ózdi Almási Balogh Pál Kórház Tüdőgondozójának gyógyító csoportja a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy mindent mérlegelve döntsön és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

A beavatkozás célja:

Az azonnali allergiás reakció megállapítása a beteg tüneteit kiváltó allergén megtalálása.

Miért van szükség a beavatkozásra?

Képet kapjunk arról, hogy mire allergiás a beteg és ezzel a betegséget megállapítjuk vagy kizárjuk.

Mi a teendő a beavatkozás előtt?

Helyezze magát kényelembe, üljön le. Tegye szabaddá mindkét alkarját.

Hogyan történik a beavatkozás?

Az alkar jelölése és megkarcolása után a kiválasztott (16 db) allergén oldatot cseppentünk a bőrfelületre. A vizsgálat eredményét 20 perc múlva értékeljük, ez idő alatt az alkar nem fordítható el, hogy az allergének ne folyjanak össze.

Mi a teendő a beavatkozás után?

Az allergének letörlése után a bőrfelületet bő vízzel öblítse le! Fontos, hogy a karcolás helyét ne vakarja!

A beavatkozás esetleges szövődményei:

A szakirodalmi adatok alapján ritkán fordulnak elő szövődmények, 1.000-ból egynél anaphylaxiás reakció (fulladásos roham) léphet fel.

Milyen következménye lehet a beavatkozásnak?

Pontos diagnózis felállítása akadályba ütközik.

Beleegyezési nyilatkozat

Az allergológiai vizsgálatról a tájékoztatót elolvastam. Az orvos/asszisztens általi szóbeli tájékoztatót megértettem, a beavatkozás elvégzésébe BELEEGYEZEM, kérem annak elvégzését.

.....
a felvilágosítást végző orvos/asszisztens

.....
beteg/törvényes képviselő

Ózd,év.....hó.....nap.....óra.....perc

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza – ellenére a beavatkozás elvégzését MEGTAGADOM.

.....
a felvilágosítást végző orvos/asszisztens

.....
beteg/törvényes képviselő

.....
tanú (1) aláírása

.....
tanú (2) aláírása

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Szem.ig.sz.....

Szem.ig.sz.....

Ózd,év.....hó.....nap.....óra.....perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!