

## **Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat vesebiopsziás vizsgálatához**

Kedves Betegünk!

A következőkben leírt percutan vesebiopsziás vizsgálatához szükséges az Ön beleegyezése. Ez egy tűvel, bőrön keresztüli történő mintavételt jelent a veséből, mely szövettani vizsgálatához szükséges. Kérjük olvassa el figyelmesen az alábbiakat, ezen kívül kezelőorvosa is tájékoztatni fogja.

### **Miért tanácsoljuk a vesebiopsziát?**

Az Ön kezelése annál eredményesebb, minél pontosabban ismert a vesebetegsége. Mivel az eddigi vizsgálatok egyértelműen nem tudták megállapítani az Ön betegségének pontos okát, természetét, ezért kezelőorvosa, nephrologusa biopszia elvégzését javasolta. A veseminta szövettani vizsgálata a megfelelő kezelés meghatározásán túl a betegség kimenetelének megítélését is nagyban segíti.

### **Vizsgálat előtti teendők**

A beavatkozás előtt 3-7 nappal a véralvadást befolyásoló szerek (így pl. aspirin, clopidogrel, Syncumar, Marfarin, Xarelto, Pradaxa, Eliquis) elhagyása szükséges. Nephrologusa dönt az elhagyás idejéről és arról, hogy szükséges-e ezek helyettesítése bőr alá adott véralvadást gátló injekcióval. Fontos, hogy úgynevezett nem-steroid gyulladáscsökkentő készítményt (recept nélküli fájdalomcsillapítók többsége) se vegyen be a megelőző 7 napban, szükség esetén paracetamolt, Algopyrint használhat. A beavatkozás előtt vérvétellel ellenőrizzük a véralvadást befolyásoló paramétereket és ha nem ismert, akkor a vércsoportját is. A mintavétel reggelén az alkarján kicsiny sebet ejtünk a vérzési idő meghatározása céljából. A szokásos gyógyszereit reggel vegye be, fontos, hogy a vérnyomása ne legyen magas, szükség esetén kérjen enyhe nyugtató tablettát. Nem kell éhgyomorra maradnia, reggelizhet.

### **A vizsgálat menete**

Ultrahangos vizsgálattal hason fekvő helyzetben határozzuk meg a vesék pontos helyzetét és a megfelelő mintavételi helyet. Általában a bal vese alsó pólusát célozzuk meg, mely belégzésben a bal bordaív alá kerül. A kiválasztott terület fertőtlenítése, majd Lidocainnal történt érzéstelenítése után egy vékony tű segítségével kicsiny, 0,5-1cm-es szövetmintát veszünk. A mintavétel fájdalommal nem jár, ezalatt 2-3 másodpercig kérjük a légvétel visszatartását. A kivett mintát mikroszkóppal azonnal ellenőrizzük. Az immun-, fény- és elektronmikroszkópos vizsgálatokhoz megfelelő vesegomolyagszám biztosítása miatt legtöbbször a mintavétel megismétlése szükséges. Befejezésként a szúrás helyére enyhe nyomókötést helyezünk.

### **Biopsziát követő teendők**

A mintavétel után, általában 8-24 órát ágynyugalomban kell töltenie. Ez alatt ismételten vérnyomásmérést, pulzusszámlálást végzünk, vizeletét és vérképét ellenőrizzük. Enyhe fájdalom az érzéstelenítő hatásának elmúltával a szúrás helyén jelentkezhet, erősebb deréktáji-

hasi fájdalom esetén azt azonnal jelezze. Másnap reggel ultrahang vizsgálatot végzünk az esetleges vérzések megítélésére. Két hétig még a nagyobb fizikai terheléseket kerülnie kell.

### **Lehetséges szövődmények**

Mint minden orvosi beavatkozásnak, így a vesebiopsziának is van kockázata, azonban csak nagyon ritkán lépnek fel olyan komplikációk, amelyeket kezelni kell. A vizelet átmenetileg véres lehet, ez az esetek többségében jelentéktelen, bővebb folyadék fogyasztásával a vérárvadék keletkezése megelőzhető. Az egymás melletti kisebb artériák és vénák falának sérülése esetén ezek összenyílása, úgynevezett arteriovenosus fistula alakulhat ki az esetek 5-10%-ában. Ez többnyire tünetmentes, spontán záródik néhány nap, néha hosszabb idő alatt. Kisebb (néhány milliméteres) vesetok alatti vérzés kb. 10-20%-ban jelentkezik, ez sem okoz panaszt, néhány nap alatt felszívódik. Jelentős vérzés ritka (kb. 1-2%), ez deréktáji, hasi fájdalmat okozhat, vérátömlesztést tehet szükségessé. Nem szűnő vérzés, jelentős arteriovenosus fistula vagy vesekörüli vérömleny kialakulása a veseartéria katéteres elzárását vagy műtétet, ezek egy részében a vese eltávolítását is szükségessé teheti, ezek kevesebb mint 0,5%-ban fordulnak elő gyakorlatunkban.

Kérjük forduljon kezelőorvosához a felmerülő kérdéseivel, vagy ha a leírtakról még többet szeretne tudni.

Mai napon Dr. ....-tól/től tájékoztatást kaptam a vesebiopsziáról. Kérdéseimre választ kaptam. A vizsgálat elutasításának lehetséges egészségügyi következményeiről informáltak.

A fentiek alapján a vizsgálatba, az esetleges szövődmények kezelésébe

**beleegyezem / nem egyezem bele.** (Kérjük a megfelelőt aláhúzni!)

Megjegyzés a személyes tájékoztató beszélgetés alapján:

Hely: ..... dátum:.....

.....

.....

beteg, ill. hozzátartozó  
aláírása

orvos aláírása

## Beteg beleegyező nyilatkozat

**Kutatás címe: Magyarországi Vesebiopsziás Regiszter létrehozása, a vesebiopsziás vizsgálattal igazolt vesebetegek főbb klinikai és pathológiai adatainak folyamatos gyűjtése, nyilvántartása és értékelése (szakmai-etikai engedély: 42137-3/2014/EKU)**

Aláírással hozzájárulok, hogy a betegtájékoztatóban ismertetett, fent jelzett vizsgálat során, a Magyar Nephrologiai Társaság Országos Vesebiopsziás Regiszterében a betegségemre vonatkozó főbb adatokat nyilvántartsák és feldolgozzák, valamint az ily módon nyert eredményeket anonim módon publikálják.

Kijelentem, hogy a vizsgálatban történő részvételre vonatkozó beleegyezésem a tájékoztatást követően önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy azt bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonhatom.

Vizsgálatban résztvevő aláírása

Tájékoztatót adó orvos aláírása

Vizsgálatban résztvevő neve  
(nyomtatott betűvel)

Tájékoztatót adó orvos neve  
(nyomtatott betűvel)

Vizsgálatban résztvevő  
születési helye, ideje

Dátum:

Ha a vizsgálatban résztvevő személy korlátozottan cselekvőképes, vagy cselekvőképtelen, akkor a hozzájárulást törvényes képviselője adja, így az ő azonosító adatai is rögzítésre kerülnek. A korlátozottan cselekvőképes, vagy cselekvőképtelen személyek bevonása a vizsgálatba a 23/2002. (V.9.) EüM rendelet alapján történik.

Kijelentem, hogy a nyilatkozattételre jogosult személy vagyok, a vizsgálatban történő részvételre vonatkozó beleegyezésem a tájékoztatást követően önként, befolyástól mentesen adom, annak tudatában, hogy azt bármikor szóban vagy írásban indoklás nélkül visszavonhatom.

A törvényes képviselő neve  
(nyomtatott betűvel)

A törvényes képviselő jogcíme

A törvényes képviselő aláírása

A törvényes képviselő születési helye, ideje

Dátum: