



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATA (EUS)

A beteg neve:

TAJ-száma:

Születési dátuma:

A beteg: cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképes / támogatott döntéshozattal érintett
(a megfelelő rész aláhúzendő)

A fenti esetben törvényes képviselő/hivatásos támogató neve:

1./ Általános információk

Tájékoztatjuk, hogy diagnosztizált betegségével kapcsolatosan a Debreceni Egyetem Klinikai Központ illetékes intézménye, klinikája, ellátási osztálya végzi azt az egészségügyi szolgáltatást, amelynek célja betegségének gyógyítása, egészségi állapotának lehetséges javítása.

A gyógyítást, egészségügyi ellátást végző intézmény a tevékenységét a vonatkozó törvényi és egyéb jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően, a gyógyítási gyakorlat és protokoll előírásai szerint végzi azzal az elvárható gondossággal, amelyet a jogszabály kötelezően az egészségügyi szolgáltató részére előír.

2./ Egészségi állapotra, annak orvosi megítélésére vonatkozó tájékoztatás (a javasolt beavatkozás célja, indikációja)

A gasztrointesztinális traktus (nyelőcső, gyomor, nyombél) falának és a környező szövetek (mediasztinum, hasnyálmirigy, epeutak) betegségeinek gyanúja miatt kezelőorvosa az érintett szervek endoszkópos ultrahangos vizsgálatának elvégzését tartja indokoltnak. A vizsgálat során a gyomortükrözésnél használatos endoszkópot (rugalmas cső, melynek végén fényforrás, videochip és ultrahangfej van) vezetünk a száján keresztül a nyelőcsőbe, gyomorba, majd a nyombélbe. Az EUS egy biztonságos vizsgálat, mely lehetővé teszi a felső gasztrointesztinális traktus falának és a környező szöveteknek ultrahanggal történő nagy felbontású, valós idejű ábrázolását, és ezáltal hasznos információkkal egészíti ki a hasi ultrahang, CT, MRI vizsgálatok eredményét.

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a felső tápcsatornai endoszkópos ultrahang (EUS) vizsgálat elvégzését indokolják.

3./ Beavatkozás jellege, menetének rövid leírása, a tervezett beavatkozás során esetlegesen szükségessé váló további vizsgálatok, beavatkozások ismertetése

A vizsgálatához elengedhetetlen, hogy a gyomra üres legyen, ezért a vizsgálatot megelőző éjszaka után ne egyen semmit, víztiszta folyadékot fogyaszthat a vizsgálatot megelőző két óráig. Esetleges gyógyszereinek bevételét kezelőorvosával előzőleg meg kell beszélnie. A garat Lidocainnal történő érzéstelenítését követően intravénás injekcióval felületesen elaltatjuk (annyira éber marad, hogy kooperálni tudjon) és fájdalomcsillapítót adunk, hogy segítsük Önt az ellazulásban és minimalizáljuk a vizsgálat okozta kellemetlenséget. A vizsgálat során a gyomortükrözésnél használatos endoszkópot (rugalmas cső, melynek végén fényforrás, videochip és ultrahangfej van) vezetünk a száján keresztül a nyelőcsőbe, gyomorba, majd a nyombélbe. A vizsgálat közben vitális paramétereit (szívfrekvencia, oxigén-szaturáció) monitorozzuk. A vizsgálat 15-30 percig tart.

Tudomásul vettem a beavatkozással kapcsolatosan az esetleges kiterjesztésre vonatkozó tájékoztatást, és e tekintetben kijelentem, hogy a beavatkozás során esetlegesen szükségessé váló műtéti kiterjesztéshez hozzájárulásomat megadom.



4./ A beavatkozás elvégzésének előnyei

Az EUS biztonságos vizsgálat, lehetővé teszi a felső gasztrointesztinális traktus (nyelőcső, gyomor, nyombél) falának és a környező szöveteknek (mediasztinum, hasnyálmirigy, epeutak) ultrahanggal történő nagy felbontású ábrázolását, és ezáltal hasznos információkkal egészíti ki a hasi ultrahang, CT, MRI vizsgálatok eredményét. A vizsgálat során pontos diagnózis állítható fel, mely fontos adatokat szolgáltat a további kezelés megtervezéséhez.

5./ A beavatkozás veszélyei, lehetséges szövődmények (gyakoribb, illetve ritkábban előforduló szövődmények)

Teljesen kockázatmentes eljárást egyetlen orvos sem ígérhet. A beavatkozás során a garatban, nyelőcsőben, gyomorban, patkóbélben sérülés, repedés, vérzés, a szájüregben fogsérülés, az alkalmazott gyógyszerekre (pl. Lidocain) túlérzékenységi reakció, nyugtató injekció adása esetén, vagy súlyos keringési és légzőszervi kísérőbetegség esetén légzési és keringési elégtelenség, kórokozók vérbe kerülése ritkán előfordulhat. Kedvezőtlen körülmények esetén kis szövődmény is járhat súlyos következményekkel, nagyon ritkán műtét válhat szükségessé. A szövődmények valószínűsége rendkívül csekély (1:10 000). Amennyiben szövődmény lép fel, klinikánk, illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

6./ A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei, illetőleg kockázatai

A vizsgálat elmulasztása, megtagadása esetén súlyos betegségek (pl tápcsatornai daganatok, hasnyálmirigy, illetve epeúti daganatok) korai felismerése késhet, illetve a pontos stádiumfelmérés hiányában a gyógyulás esélyei csökkennek.

7./ Beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

..... / sürgősség
(a megfelelő rész kitöltendő vagy aláhúzendő)

8./ A beavatkozás utáni történések

A vizsgálatot követően, ha szükséges, 1-2 óráig megfigyeljük Önt. Vezetni az altató miatt aznap már nem szabad, hozzon hozzátartozót magával, hogy hazakísérhesse. Az érzéstelenítő hatásának elmúlását követően (kb. 20 perc) ehet.

9./ A beavatkozás várható kimenetele, következményei

A vizsgálat elsősorban diagnosztikus céllal történik, eredményéből a betegségeire vonatkozó információkat nyerhetünk, amely befolyásolhatja az Ön kivizsgálásának/kezelésének további menetét.

10./ Alternatív megoldás(ok)

A vizsgálat helyett kisebb találati pontosságú és akár sugárterheléssel járó képalkotó vizsgálat (CT, MRI vizsgálat) végezhető.

11./ További ellátások és javasolt életmód a kórházból való távozás után (Mi a teendő beavatkozás után?)

Ha nyugtató, altató injekciót kapott, reakció idejének megnyúlása miatt a vizsgálatot követően 24 órán belül autót nem vezethet, veszélyes helyen ne végezzen munkát, ne hozzon semmiféle fontos döntést!

12./ A tájékoztatást adó orvos megjegyzései:

.....
.....



13./ A fenti tájékoztatás megadását követően lehetőséget kaptam arra, hogy a beavatkozással kapcsolatos kérdéseimet feltegyem, és az azokkal kapcsolatos válaszokat az alábbiak szerint egyéniesített formában megkaptam.

Kérdések és válaszok

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

14./ A tájékoztatás megadásával kapcsolatos nyilatkozat

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy (beteg) kijelentem és aláírással igazolom, hogy a fentiekben rögzített tájékoztatást megkaptam, azt velem érthető módon közölték, így a tájékoztatás megadásának tényét a jelen okirat aláírásával elismerem és igazolom.

Kijelentem, hogy az alábbi beavatkozással kapcsolatos beleegyező nyilatkozatot a fenti részletes tájékoztatás ismeretében teszem meg.

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást teljeskörűen megértettem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Kérdéseimre kezelőorvosomtól választ kaptam.

Kijelentem és igazolom, hogy a részletes tájékoztatás kiterjedt az egészségi állapotomra, a javasolt vizsgálatokra, a beavatkozások ismertetésére, a beavatkozás lényegére, az ellátás folyamatára, várható kimenetelére, elvégzésének tervezett időpontjára, valamint kiterjedt a gyógyulási folyamatra, annak várható időtartamára, az esetleges további ellátások szükségességére.

Tájékoztatást kaptam a beavatkozás kockázatáról, azok esetleges szövődményeiről, amelyet megértettem és tudomásul vettem.

Tudomásul veszem azt is, hogy bármikor jogom van a javasolt vizsgálat, kezelés, beavatkozás visszautasítására, de az ebből eredő egészségromlásért, hátrányos következményért a felelősség engem terhel, csakúgy, mint az utasítások be nem tartásából eredő következményekért.

KÉRDEZZEN meg bennünket, ha valamit nem értett meg, ha a vizsgálatról többet szeretne megtudni, készséggel adunk felvilágosítást.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében kérjük, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON az alábbi kérdésekre:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?	IGEN / NEM
Tud-e vérzékenységről?	IGEN / NEM
Szed-e véralvadást gátló gyógyszert (Syncumar, Aszpirin stb.)?	IGEN / NEM
Szed-e ízületi gyulladáscsökkentő gyógyszereket?	IGEN / NEM
Van-e beültetett szívritmus szabályozója?	IGEN / NEM
Fennáll-e terhesség?	IGEN / NEM
Tud-e fertőző betegségről (TBC, májgyulladás stb.)?	IGEN / NEM
Van-e sérve?	IGEN / NEM



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy (illetve a képviselőjében eljáró törvényes képviselő vagy hivatásos támogató) a fentiekben leírt és meghatározott beavatkozáshoz, valamint a szükséges vizsgálatok elvégzéséhez

hozzájárást adom / nem adom hozzájárulásomat
(a megfelelő válasz aláhúzendő).

Hozzájárulásom megadása esetén kijelentem, hogy nyilatkozatom megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés, és kifejezetten kérem a beavatkozás elvégzését.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a beavatkozás során eltávolított szöveteket, szerveket – amennyiben az a pontos és végleges diagnózist döntően nem befolyásolja – további kutatási és tudományos célra etikai engedély birtokában felhasználják.

Hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy – amennyiben az orvosszakmailag indokolt, ideértve különösen a gyógykezelés dokumentálása, orvostudomány-kutatás, esettanulmány vagy szakmai konzultáció céljából történő felhasználás eseteit – az esetleges elváltozásokról vagy érintett területről fénykép- vagy videofelvétel készüljön. A felvételek kizárólag olyan módon készülhetnek, hogy azokon a személyazonosságom ne legyen megállapítható. Kijelentem, hogy a Debreceni Egyetem Klinikai Központ adatvédelmi tájékoztató anyagát megismertem, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat, műtét, beavatkozás és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.

Debrecen,

.....
felvilágosító orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő aláírása

KÓRLAPSZÁM: