



## **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

### **ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG-VEZÉRELT VÉKONYTÚ ASPIRÁCIÓ (EUS-FNA)**

**A beteg neve:**

**TAJ-száma:**

**Születési dátuma:**

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

A fenti esetben törvényes képviselő/hivatásos támogató neve: .....

#### **1./ Általános információk**

Tájékoztatjuk, hogy diagnosztizált betegségével kapcsolatban 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 ultrahang-vezérelt mintavételét (vékonytű aspiráció) tartja indokoltnak. Betegeink egy részénél az endoszkópos ultrahang vizsgálat során, vagy más képalkotó vizsgálati módszerrel (hasi ultrahang, CT, MRI, hagyományos endoszkópia) daganatot, vagy arra gyanús elváltozást találunk. A helyes kezelési mód megválasztásához gyakran szükséges a daganat szövettani szerkezetének ismerete, illetve annak meghatározása, hogy az elváltozás szövettanilag jó-, vagy rosszindulatú. Emellett daganatok stádium meghatározásához is szükség lehet mintavételre.

*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-vezérelt vékonytű aspiráció (EUS-FNA) vizsgálat elvégzését indokolják.*

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

A vizsgálathoz elengedhetetlen, hogy a gyomra üres legyen, ezért a vizsgálatot megelőző éjjel 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. Az eszköz levezetése után megkeressük az elváltozást, majd az endoszkópon keresztül bejuttatott, speciálisan erre a célra kifejlesztett 0.6 mm vastag steril mintavételi tűvel – attól függően, hogy az elváltozás hol helyezkedik el – a nyelőcső, gyomor, vagy a patkóbél falát átszúrva folyamatos ultrahangos kontroll mellett veszünk mintákat a kérdéses szervből. A beavatkozás előtt és közben látnunk kell a kóros elváltozást, azt a



mintavételi tűvel meg kell céloznunk és az esetek többségében a tű útját is követjük a mintavételig. A vizsgálat közben vitális paramétereit (szívfrekvencia, oxigén-szaturáció) monitorozzuk. A vizsgálat 30-45 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 lehetőség nyílik a kóros elváltozásból ultrahang vezérelt, célzott mintavételre. Az elváltozás pontos elhelyezkedésének, méretének és szövettani szerkezetének ismerete 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, a mintavétel helyének gyulladása, hasnyálmirigy-gyulladás, kapuvéna thrombosis 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./ A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:**

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

#### **8./ A beavatkozás utáni történések**

A vizsgálatot követően egy napig megfigyeljük Önt. A vizsgálatot követően aznap nem lehet infúziókat foglani.

#### **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. A mintavétel történhet CT, vagy hasfalon át történő – ún. transzabdominális - ultrahangos követéssel, valamint endoszkópos ultrahangos vezérléssel. Az, hogy melyik módszert választjuk, azt az elváltozás elhelyezkedése, mérete, az egyes módszerek aktuális alkalmazhatósága, elérhetősége, biztonságossága szabja meg.



**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! Ha a vizsgálatot követően vérzés, láz, vagy hasi fájdalom jelentkezik, azonnal forduljon vizsgáló orvosához, illetve a vizsgálatot végző osztályhoz, vagy a legközelebbi sürgősségi betegellátó ambulanciához.

**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 séreve?                                                  | IGEN / NEM |



## **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

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

**hozzájárulásomat 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: .....