

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

AZ EPEUTAK ÉS A HASNYÁLMIRIGY VEZETÉK RÖNTGEN-KONTRASZTANYAGOS VIZSGÁLATA ENDOSZKÓPIA SORÁN

(ENDOSZKÓPOS RETROGRÁD CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHIA - ERCP)

A beteg neve:

TAJ-száma:

Születési dátuma:

A beteg: cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképessé / támogatott döntéshozatallal 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 műtét / beavatkozás célja, indikációja)

Kezelőorvosa az Ön érdekében az epeutak kontrasztanyagot feltöltését javasolta endoszkópos vizsgálat során.

Az endoszkópos retrográd cholangio-pancreatographia (ERCP) célja a patkóbél, a Vater-papilla (az epeutak és a hasnyálmirigy vezeték közös kivezető nyílása), az epeutak, az epehólyag és a hasnyálmirigy vezeték vizsgálata. A vizsgálat lényege, hogy speciális, hajlékony endoszkópon (duodenoszkópon) át röntgen-kontrasztanyagot töltünk az epe- és hasnyálmirigy vezetékrendszerbe. A feltöltést követően röntgenképerősítő alatt áttekinthetővé válnak az epeutak, a hasnyálmirigy vezeték, azok esetleges kóros elváltozásai (szűkület, kövesség, daganat). A vizsgálat során beavatkozások elvégzésére is lehetőség van (pl. a Vater-papilla bemetszése, kövek eltávolítása, szűkületek tágítása, esetleg stent behelyezése, illetve cytológiai mintavétel).

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek az endoszkópos retrográd cholangio-pancreatographia (ERCP) elvégzését indokolják.

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

A beavatkozás során a garatot Lidocainnal érzéstelenítjük, intravénás nyugtató/altató injekciót adunk. A beteg Indomethacin kúpot kaphat a beavatkozás előtt a szövődmények megelőzésére. A vizsgálat elején a páciens a bal oldalán fekszik. Az endoszkóppal lehatolunk a nyombélbe. Az endoszkópon keresztül egy műanyag kanült vezetünk le, majd a Vater-papillán keresztül a közös epevezetékbe vagy a hasnyálmirigy vezetékbe hatolunk. A páciens ekkor a hasára fordul. A kanülon keresztül röntgen-kontrasztanyagot töltünk a vezetékbe. Röntgen-képerősítővel láthatóvá válnak az anatómiai viszonyok és az esetleges eltérések.

A vizsgálat során szóba jövő terápiás beavatkozások:

Az epevezeték beszűkítésének elektromos késsel történő bemetszése (EST); az epevezetékben lévő kő

eltávolítása Dormia-kosárral vagy ballonnal; a beszűkült epevezeték tágítása ballonnal; a beszűkült, elzáródott szakaszok áthidalása műanyag vagy fémsztent behelyezésével az epe/hasnyálmirigynedv-elfolyás biztosítására; az epevezeték kórosnak tűnő szakaszáról cytológiai vagy biopsiás mintavétel; az epevezeték endoszkópos vizsgálata ismeretlen eredetű szűkület pontosabb felderítésére; illetve szonda bevezetése epeúti kő elektrohidraulikus vagy lézeres kezeléssel történő összetörésére.

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

4./ A műtét / beavatkozás elvégzésének előnyei

A vizsgálat során nemcsak az epeutak feltérképezésére, hanem különféle beavatkozások elvégzésére is lehetőség van (pl. a Vater-papilla bemetszése, kövek eltávolítása, szűkületek tágítása, esetleg stent behelyezése, illetve cytológiai mintavétel).

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

Teljesen kockázatmentes eljárást egyetlen orvos sem ígérhet. Terápiás beavatkozással nem járó vizsgálat esetén a szövődmények kockázata csekély, akut hasnyálmirigy gyulladás fordulhat elő 1-2 százalékban. Beavatkozással (papilla-bemetszés, kő kivétel stb.) járó vizsgálat során lehetséges szövődmények: akut hasnyálmirigy gyulladás 2-5%-ban, vérzés 1-2%-ban, a nyombél vagy az epevezeték átfúródása (perforáció) 0,5-1%-ban. A szövődmények esetenként sürgős sebészeti műtétet tehetnek szükségessé, ez 2000 vizsgálatból átlagosan 1 alkalommal fordul elő. Az EST halálozása 0,1-0,3%, ami lényegesen kevesebb az epeutakon végzett hagyományos műtétek halálozásánál.

6./ A műtét / beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei, illetőleg kockázatai

Az epeutak, hasnyálmirigy vezeték nem megfelelő átjárhatósága, elzáródása számos, esetenként septicus, életet is veszélyeztethető komplikációhoz vezethet.

7./ Műtét / beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

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

8./ A műtét / beavatkozás utáni történések

Az ERCP-t követően, annak függvényében, hogy ténylegesen milyen beavatkozás történt, a beteget 4-24 óráig célszerű megfigyelni, aznap nem ehet, infúziót kap, illetve vizet általában ihat. Szükség esetén fájdalomcsillapító adására lehet szükség.

9./ A műtét / beavatkozás várható kimenetele, következményei

Terápiás beavatkozással nem járó vizsgálat esetén a szövődmények kockázata csekély. Amennyiben beavatkozás (papilla bemetszés, kő kivétel, epeutak átmosása, stent behelyezése etc.) történt, a beavatkozást indokló kóros állapot megszűnése várható, tehát a fájdalom, sárgaság, epeúti fertőzés megoldódása. Ezt követően kell döntenie arról, hogy milyen további diagnosztikus, képalkotó, laboratóriumi vizsgálatok, esetleg sebészeti beavatkozások következhetnek.

10./ Alternatív megoldás(ok)

Az epeutak, hasnyálmirigy vezeték elzáródásának megoldására speciális esetekben radiológiai, endoszkópos ultrahangos, illetve közvetlen sebészeti beavatkozások jöhetnek szóba, megfelelő mérlegelést követően.

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

Az ERCP után az alapbetegség függvényében diétás, életrendi tanácsok, sebészeti beavatkozások, esetenként onkológiai teendők jöhetnek szóba. Mindenképpen fontos a követés, a rendszeres ellenőrzés egyeztetése.

12./ A tájékoztatást adó orvos megjegyzései:

.....
.....

13./ A fenti tájékoztatás megadását követően lehetőséget kaptam arra, hogy a műtét / 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 aláírásommal 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 műtét / 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 műtét / beavatkozás kockázatáról, azok esetleges szövődményeiről, amelyet megértettem és tudomásul vettem.

Tudomásul veszem azt is, hogy bármikor jogom van a javasolt vizsgálat, kezelés, műtét / 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

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

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

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

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

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

Hozzájárulást 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: