



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A FELSŐ EMÉSZTŐRENDSZER TÜKRÖZÉSE (OESOPHAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)



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 műtét / beavatkozás célja, indikációja)

Panaszai alapján kezelőorvosa az Ön érdekében endoszkópos vizsgálat elvégzését tartja indokoltnak. A betegségek eredményes kezelésének alapja a pontos diagnózis. Az endoszkópos technika, a tükrözés lehetővé teszi a szemmel is látható elváltozások korai felismerését a tápcsatorna belsejében. Szükség esetén szövetminta (biopszia) is vehető és gyógyító beavatkozás is végezhető (pl. vérzéscsillapítás, polipok eltávolítása).

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

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

A vizsgálat sikere érdekében fontos, hogy a gyomor teljesen üres legyen, ezért a vizsgálat előtt 5-6 órával folyadékot, táplálékot nem fogyaszthat. Esetleges gyógyszereinek bevételét kezelőorvosával előzőleg meg kell beszélnie. A garatot Lidocain spray befújásával érzéstelenítjük, majd egy vékony, hajlékony műszert (endoszkópot) vezetünk a szájon át a gyomorba. A vizsgálat a légzést nem zavarja. A jó tájékozódás érdekében kevés levegőt is kell a gyomorba juttatni, ami feszülést, hányingert, bőfögést okozhat. A vizsgálat időtartamát számos tényező befolyásolhatja, általában 3-5 percre tart.

A vizsgálat során további beavatkozásokra kerülhet sor, pl. szövettani mintavétel (biopszia) a látott elváltozásból a pontosabb diagnózis érdekében, polipok eltávolítása elektromos áram segítségével, vérző képletek vérzéscsillapítása. Ezek fájdalomtalan beavatkozások, de a vizsgálat időtartamát néhány perccel meghosszabbíthatják.

Tudomásul vettem a műtéttel / beavatkozással kapcsolatban 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 jól megítélhető a nyelőcső, a gyomor és a nyombél nyálkahártyája. Azonosíthatók az adott szakasz eltérései, pl. gyulladás, fekély, polip, daganat, vérzésforrás. A látott képletből szükség esetén mintát tudunk venni kórszövettani feldolgozás számára, a polipot akár el is tudjuk távolítani megfelelő adottságok (polip alakja, mérete) esetén.

5./ A műtét / 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), a mai technikai feltételek mellett az endoszkópia igen biztonságos, mindennapi rutinbeavatkozás.

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

A vizsgálat elmulasztása, megtagadása esetén súlyos betegségek (nyelőcső- és gyomorrák) korai felismerése késhet, ezáltal a gyógyulás esélyei csökkennek. Vérzés esetén a vizsgálat megtagadása vérzéses sokkhoz, halálhoz vezethet.

7./ Műtét / beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

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

8./ A műtét / beavatkozás utáni történések

A vizsgálat után a vizsgáló személyzet javaslatának megfelelő ideig pihennie kell, lehetőleg kísérel távozzon, ha a vizsgálat járóbetegként történt. A garatérzéstelenítés miatt félrenyelés fordulhat elő, ezért a vizsgálat után kb. félóráig ne étkezzon.

9./ A műtét / beavatkozás várható kimenetele, következményei

A vizsgálat elsősorban diagnosztikus céllal történik, eredményéből a betegségére vonatkozó információkat nyerhetünk, amely befolyásolhatja az Ön kivizsgálásának/kezelésének további menetét. Amennyiben terápiás beavatkozásra is sor kerül, az Ön egészségi állapota a beavatkozásnak köszönhetően javulhat, panaszai csökkenhetnek.

10./ Alternatív megoldás(ok)

A vizsgálat helyett sugárterheléssel járó és kisebb találati pontosságú gyomorröntgen (a nyelőcső és gyomor kontrasztanyagos röntgen vizsgálata) végezhető.

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

Ha nyugtató 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 műtéttel / 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 műtéttel / 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
Van-e séreve?	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 hozzájárulásomat
(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.

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: