

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A NYELŐCSŐ NAGY FELBONTÁSÚ MANOMETRIA VIZSGÁLATA (NYELŐCSŐ NYOMÁSMÉRÉS)

A beteg neve:

TAJ-száma:

Születési dátuma:

A beteg: cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképessé / támogatott döntéshozatallal érintett
(a megfelelő rész aláhúzendó)

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)

Panaszai alapján kezelőorvosa az Ön érdekében nyelőcső manometriás vizsgálat elvégzését tartja indokoltnak.

A beavatkozást a Debreceni Egyetem Belgyógyászati Klinika B Épületének Alagsorában a Manometria Laborban fogjuk elvégezni, maximális gondosság és a szakma szabályainak szigorú betartása mellett.

Miért javasoljuk Önnek a vizsgálatot?

Az Ön panaszainak hátterében felmerült a tápcsatorna motilitási (mozgási) zavara. A manometriás vizsgálat a tápcsatorna különböző szakaszainak mozgásáról, a záróizomzatok funkciójáról ad felvilágosítást. A nyelőcső nyomásmérése a mellkasi fájdalom, a nyelési nehezítettség különböző okainak tisztázásában, a nyelőcső reflux betegség műtét előtti kivizsgálásához elengedhetetlen. A nyelőcső 24 órás pH- és impedancia mérés vizsgálat előtt a szakmai irányelvek szerint kötelező a nyelőcső manometriás vizsgálat elvégzése.

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a nyelőcső nyomásmérés (manometria) elvégzését indokolják.

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

A vizsgálatot megelőzően szükség van a tápcsatorna motilitását befolyásoló gyógyszerek átmeneti elhagyására. Erre vonatkozóan a vizsgálatot végző orvos egyénre szabott tájékoztatást ad a vizsgálatot megelőzően. A felső tápcsatorna manometriás vizsgálata éhgyomorra történik, azaz a beteg a vizsgálat előtt 6 órával már nem étkezhet.

A felső tápcsatorna manometriás vizsgálatakor egy vékony (kb. 3-4 milliméter átmérőjű) szondát vezetnek a beteg orrán keresztül a gyomorba, mellyel a nyelőcső izomzat működésének az eltéréseit mérik. A szonda levezetése ülő helyzetben történik, majd a vizsgálat ideje alatt a beteg hanyatt fekvő helyzetben van.

A vizsgálat folyamán a beteggel „száraz”, folyadék nélküli, illetve „nedves” (5 ml folyadék) nyelési vizsgálatokat végeznek meghatározott időközönként. Előbbi esetben a beteg csak saját nyálát, utóbbi esetben pedig a vizsgálatban közreműködő asszisztens által fecskendővel a szájába fecskendezett vizet nyeli le. Speciális

esetekben szükség lehet szilárd falatok (pl. kenyérdarab) nyelésének vizsgálatára is. A vizsgálat időtartama általában 20-30 perc.

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

Amennyiben a vizsgálattal kóros nyelőcső motilitás igazolódik, akkor életmódbeli tanácsokat, gyógyszeres kezelést, endoszkópos kezelést (ballonos tágítás) vagy műtétet (laparoszkópos Heller myotomia/izombemetszés) javasolhat kezelőorvosa a beteg számára.

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

Teljesen kockázatmentes eljárást egyetlen orvos sem ígérhet. A tápcsatorna felső szakaszainak vizsgálata alkalmával a szonda levezetése az orrban, illetve a garatban múló kellemetlen érzést okozhat a betegnek. Ritkán (az esetek alig 1-2 százalékában) ez fennmaradhat a vizsgálat teljes időtartama alatt is, és csak a vizsgálat befejeztével (a szonda eltávolítása után) szűnik meg. Igen ritkán előfordulhat nyálkahártyasérülés az orrban, garatban, amely spontán szűnő vérzés formájában jelentkezik.

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

A nyelőcső motilitás zavarai esetén a diagnózis felállításához nyelőcső manometria vizsgálat elvégzése szükséges a nemzetközileg elfogadott irányelvek szerint. A diagnózis felállításának hiányában nem javasolható megfelelő gyógyszeres, endoszkópos vagy műtéti kezelés.

7./ Műtét / beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

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

8./ A műtét / beavatkozás utáni történések

A szonda eltávolítását követően nincs speciális teendő. A lelet értékelését követően a vizsgálatot végző orvos tájékoztatja a beteget a vizsgálat eredményéről, valamint a további teendőkről.

9./ A műtét / beavatkozás várható kimenetele, következményei

Amennyiben a vizsgálattal nyelőcső motilitás zavar igazolódik, akkor a kezelőorvos gyógyszeres kezelést, endoszkópos beavatkozást vagy műtéti kezelést javasolhat a betegnek.

Amennyiben refluxos panaszok miatt felmerül antireflux műtét elvégzésének szükségessége, azonban a manometria vizsgálat során nyelőcső motilitás zavar igazolódik, akkor a panaszok a műtét elvégzését követően is fennmaradhatnak, ezért műtét elvégzése ebben az esetben nem javasolt.

10./ Alternatív megoldás(ok)

A nyelőcső motilitás zavarainak diagnózisa a nemzetközi ajánlások alapján manometria vizsgálattal állítható fel. Nyelőcső motilitás zavar gyanúja felmerülhet nyelőcső kontrasztanyagot röntgen vizsgálata vagy mellkas CT vizsgálat során, azonban ezek a képalkotó vizsgálatok nem alkalmasak a diagnózis felállítására.

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

A beavatkozás után speciális teendő nincs. A vizsgálat előtt a vizsgálatot végző orvos javaslatára kihagyott motilitást befolyásoló gyógyszeres kezelés folytatható, amelyről a betegnek egyénre szabott tájékoztatást ad a vizsgálatot végző orvos.

A szonda eltávolítását követően a beteg az otthonába távozhat.

A vizsgálatot követően, amennyiben korábban nem történt, képalkotó vizsgálat (nyelőcső röntgen, mellkas CT) elvégzése lehet indokolt.



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 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 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.

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: