

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A NYELŐCSŐ 24 ÓRÁS PH ÉS IMPEDANCIA MÉRÉS VIZSGÁLATA (A NYELŐCSŐ SAVAS KÉMHAATÁSÁNAK VIZSGÁLATA)

A beteg neve:

TAJ-száma:

Születési dátuma:

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

A fenti esetben törvényes képviselő/hivatásos támogató neve:

1./ Általános információk

Tájékoztattuk, 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 pH és impedancia 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 gastrooesophagealis reflux betegség gyanúja. A betegség lényege, hogy a tápcsatorna felső szakaszának komplex motilitási (mozgási) zavara miatt a gyomor vagy akár a nyombél bennéke a nyelőcsőbe visszajutva, illetve onnan a garaton át a szájüregbe vagy a légúti rendszerbe kerülve klinikai tüneteket, illetve nyálkahártya elváltozásokat okoz. A nyelőcső 24 órás pH és impedancia mérése során a kóros savas/nem savas reflux igazolható, mely vizsgálat antireflux műtét előtt elengedhetetlen.

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztattott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a nyelőcső pH és impedancia mérés (nyelőcső kémhatás vizsgálat) 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 (mozgását), illetve a gyomor savtermelését befolyásoló gyógyszerek átmeneti elhagyására. Erre vonatkozóan a vizsgálatot végző orvos egyénre szabott tájékoztatást ad a vizsgálatot megelőzően. A nyelőcső 24 órás pH és impedancia mérés vizsgálata éhgyomorra történik, azaz a beteg a vizsgálat napjának reggelén a vizsgálat előtt 6 órával már nem étkezhet. A vizsgálatot megelőzően egy standard napirendet írnak elő, mely tartalmazza az étkezések időpontját, illetve az éjszakai lefekvés és a felkelés idejét is. A vizsgálatok alatt szükséges betegnapló vezetése, melyben rögzíteni kell az előírt napirend alatt jelentkező tünetek típusát (mellkasi fájdalom, gyomorégés, savas felbőfögés), idejét, illetve az esetlegesen alkalmazott gyógyszeres kezelés fajtáját és adagját is. A vizsgálat során egy vékony (kb.

3-4 milliméter átmérőjű) szondát vezetnek a beteg orrán keresztül a nyelőcsőbe. A szonda egy elemmel működő adatrögzítő készülékhez van kapcsolva, mely 24 órán keresztül folyamatosan rögzíti a szonda által mért pH és impedancia adatokat. 24 óra elteltével a készülék adatait számítógépre töltik át, melynek segítségével elvégezhető azok értékelése. A 24 órás pH és impedancia mérés vizsgálat során 24 órás fekvőbeteg osztályos megfigyelés szükséges. A szonda eltávolítását követően a beteg otthonába távozhat. A vizsgálat során további beavatkozás szükségessége nem merül fel.

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 savas reflux igazolható a nyelőcsőben, akkor gastrooesophagealis reflux betegség diagnózisa egyértelműen felállítható, mely tervezett antireflux műtét elvégzése előtt kötelező. Amennyiben a vizsgálattal kóros savas/nem savas reflux nem igazolható a nyelőcsőben, akkor a panaszok hátterében funkcionális eredet valószínű (hiperszenzitív nyelőcső), mely esetben antireflux műtét a panaszokat nem enyhítené, ezért elvégzése nem javasolt.

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 okozhat a betegnek az orrban, illetve a garatban múló kellemetlen érzést. 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 gastrooesophagealis reflux betegség diagnózisa a nyelőcsőben mérhető kóros savas/nem savas reflux igazolásával történik, mely antireflux műtét elvégzése előtt a szakmai irányelvek szerint kötelező. Ha nem refluxbetegség okozza a beteg panaszait, az antireflux műtét után sem szűnnek meg azok.

7./ Műtét / beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

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

8./ A műtét / beavatkozás utáni történések

A 24 órás pH-mérő 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 kóros savas/nem savas reflux igazolható a nyelőcsőben, akkor a gastrooesophagealis reflux betegség diagnózisa egyértelműen felállítható. Gastrooesophagealis reflux betegség esetén kezelőorvosa életmódbeli változtatásokat, gyógyszeres kezelést, valamint súlyos, kezelésre nem reagáló esetben antireflux műtét elvégzését javasolja a betegnek.

10./ Alternatív megoldás(ok)

A nyelőcsőben a kóros savas/nem savas reflux kimutatására alkalmas egyéb vizsgálómódszer jelenleg nem áll rendelkezésre. A gastrosocopos vizsgálat (gyomortükrözés) alkalmas arra, hogy a kóros savas reflux okozta nyálkahártya károsodást kimutassa a nyelőcsőben (reflux okozta nyelőcsőgyulladás), azonban a reflux betegség kb. 60%-ban nem jár kimutatható nyálkahártya károsodással. A nyelőcső és gyomor

kontrasztanyagossal röntgenvizsgálata is kimutathatja a gyomortartalom visszaáramlását a nyelőcsőbe, de ennek a vizsgálatnak az érzékenysége még kisebb.

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 kihagyott gyomor savtermelését és a tápcsatorna motilitását (mozgását) befolyásoló gyógyszeres kezelés ismételt folytatható. Erre vonatkozóan a vizsgálatot végző orvos személyre szabott tájékoztatást ad a betegnek.

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 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 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.

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: