



BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

TÁPLÁLÓ GYOMORSZONDA BEHELYEZÉSE HASFALON KERESZTÜL GYOMORTÜKRÖZÉssel (PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIA - PEG)

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)

Kezelőorvosa az Ön érdekében mesterséges táplálók szonda behelyezését tartja indokoltnak.

A percutan endoscopos gastrostomia (PEG) célja a valamilyen organikus vagy funkcionális okból szájon át táplálkozni képtelen, de egyébként ép emésztőrendszerrel rendelkező betegek tartós táplálása. A hasfal rétegeit átszúrva egy 5-8 mm átmérőjű, műanyag csövet ültetünk a gyomorba. Ezen a csövön, mint művi létrehozott sipolyon át lehet tápoldatot juttatni a gyomorba, illetve adott esetben ezen át vezethető el a főleg bélgáz és gyomornedv.

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a percutan endoscopos gastrostomia (PEG) elvégzését indokolják.

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

A PEG beültetése a garat Lidocainos érzéstelenítését és altató (Dormicum) intravénás adását követően történik. A beteg háton fekvő helyzetben helyezkedik el a vizsgálóasztalon. A nyelőcső, a gyomor és a nyombél tükrözéses (gasztrószkopos) vizsgálatát követően meghatározzuk a szonda behelyezésének biztonságos helyét. Ennek megfelelően a bőrt fertőtlenítjük, Lidocainnal érzéstelenítjük, majd szikével néhány mm-es bőrmetszést ejtünk. Ezen a ponton egy speciális tűt szúrunk a hasfalán át a gyomorba. A tűn át vékony fonalat vezetünk be. A fonalat a szájon át kihúzzuk, majd ennek segítségével a gyomorba juttatjuk a tápszondát. A szonda hasfalán kívüli részét egy speciális csattal rögzítjük, a belső vég egy koronggal rögzül a gyomor falán, melynek helyzetét újabb tükrözéssel ellenőrizhetjük. 12-24 óra múlva használható a szonda táplálásra. A vizsgálat előtt és után is a kezelést végző osztályon intravénás antibiotikummal történő kezelésben részesül.

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

Ezzel a beavatkozással a gyomorba táplálás lehetőségét teremtjük meg. A szondát évente cserélni kell, szükség esetén endoszkóppal könnyen eltávolítható.

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

Teljesen kockázatmentes eljárást egyetlen orvos sem ígérhet. A vizsgálat közben ritkán előfordulhat műszer okozta sérülés (vérzés, bélátfúródás, repedés), vérnyomásváltozás, szívritmuszavar, mellkasi fájdalom, légzési zavarok, hányás, kórokozók vérbe kerülése. Az irodalmi adatok szerint 7-15%-ban fordul elő szövődmény. Ennek döntő többsége enyhe és átmeneti (a szonda környékén enyhe bőrgyulladás, minimális tápszercsorgás stb.). 2-9 %-ban fordul elő jelentősebb (transzfúziót, műtéti, újabb endoszkópos beavatkozást, antibiotikum alkalmazását szükségessé tevő) szövődmény, mint vérzés, nyelőcső- vagy bélátfúródás, nyál vagy később tápfolyadék légutakba kerülése, a szonda megtörése, elmozdulása, a belek mechanikus elzáródása, hashártyagyulladás, vérmérgezés. 1-2 %-ban számolnak be a szakirodalomban a beavatkozással összefüggő halálzásról.

A mai technikai feltételek mellett az endoszkópia biztonságos, mindennapi rutinbeavatkozás.

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

A vizsgálat elmulasztása, visszautasítása esetén alultápláltság alakulhat ki, félrenyelések miatt tüdőgyulladás, vagy fulladás jelentkezhet, a mechanikus okok által kiváltott nyelészavar esetén a vizsgálat később valószínűleg már nem lesz elvégezhető.

7./ Műtét / beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

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

8./ A műtét / beavatkozás utáni történések

A vizsgálat után Ön az ellátó kórházi osztályra kerül vissza.

9./ A műtét / beavatkozás várható kimenetele, következményei

A vizsgálat elsősorban terápiás céllal történik, a tartós, biztonságos táplálás feltételeit teremtjük meg, amely befolyásolhatja az Ön kivizsgálásának/kezelésének további menetét. Amennyiben az Ön egészségi állapota a beavatkozásnak köszönhetően javul, szájon át önállóan képes táplálkozni, a szondát eltávolítjuk.

10./ Alternatív megoldás(ok)

A vizsgálat helyett több alternatív módszer választható. Az egyik lehetőség orron keresztül vezetett gyomorszonda, mely anyagától függően 2 hét-3 hónapig használható. A másik lehetőség a sebészi gyomorszonda beültetés, mely kisebb gyomorműtéttel történik, így a szervezetet is jobban megterheli.

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

A beültetett szondát rendszeresen kezelni, tisztítani kell. Az étkezések után a szondát vízzel át kell mosni. A fistula környezetét fertőtlenítővel kezelni szükséges, a szondát hetente kissé megmozgatni, megforgatni. Ebben otthonában szakszemélyzet segítségét is kérheti.

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.

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 sérve?	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: