

## **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

### **A VASTAGBÉL TÜKRÖZÉSE (COLONOSCOPIA)**



**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 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 szükségesnek tartja a vastagbél tükrözéses (endoszkópos) vizsgálatát. 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 vastagbéltükrözés (colonoscopy) 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 vastagbél teljesen tiszta legyen. A vizsgálat előtti napokban kerülje a növényi rostokat és magvakat tartalmazó étrendet. A tükrözés előtti napon szilárd ételt már nem fogyaszthat, csak sok folyadékot, a tejes és a rostos italok kivételével, legalább 3 liternyi mennyiségben. A vizsgálat előtti napon igya meg a hashajtó folyadékot hígítva, a gyógyszer leírásának megfelelően. Szokásos gyógyszereit az előírás szerint vegye be, a cukorbetegség kezelése, az esetleges véralvadásgátló terápia azonban külön megbeszélést igényel. A vizsgálat előtt kérésére intravénás nyugtató-fájdalomcsillapító-görcsoldó injekciót adunk, majd vékony, hajlékony műszert (endoszkópot) vezetünk fel a végbélben át a vastagbél teljes hosszában. A tükrözés során a tájékozódás megkönnyítése érdekében levegőt is juttatunk a bélbe, ami feszülést, hányingert, fájdalmat is okozhat. A vizsgálat időtartamát számos tényező befolyásolhatja, általában 15-30 percig 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 fájdalommentlen beavatkozások, de a vizsgálat időtartamát néhány perccel meghosszabbíthatják.

*Tudomásul vettem a műtéttel / 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 jól megítélhető a végbél és a vastagbél nyálkahártyája, azonosíthatók a bél nyálkahártya 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 vizsgálat közben ritkán előfordulhat műszer okozta sérülés (vérzés, bélátfúródás, repedés), vérnyomásváltozás, szívritmuszavar, mellkasi fájdalom, légzési zavarok, hányás, kórokozók vérbe kerülése. A szövődmények kockázata jelentősen emelkedik nyugtató injekció adása esetén. Ugyancsak magasabb a szövődmények kockázata terápiás beavatkozások (pl. polipok eltávolítása) esetén. Kedvezőtlen körülmények esetén kisebb szövődmények is járhatnak súlyos következményekkel, vagy igényelhetnek műtéti beavatkozást. Súlyos, életveszélyes szövődmény valószínűsége azonban rendkívül csekély (1:3000-10000). A mai technikai feltételek mellett az endoszkópia biztonságos, mindennapi rutinbeavatkozás.

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

A vizsgálat elmulasztása, visszautasítása esetén súlyos betegség (pl. vastagbélrák) korai felismerése és eredményes kezelése késhet, ezáltal a gyógyulás esélyei csökkennek. Vérzés esetén a vizsgálat megtagadása vérzéssé sokkhoz, halálhoz vezethet.

#### **7./ Műtét / beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:**

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

#### **8./ A műtét / beavatkozás utáni történések**

A vizsgálat után a vizsgáló személyzet javaslatának megfelelő ideig pihennie kell, lehetőleg kíséreléssel távozzon, ha a vizsgálat járóbetegként történt. Állapotától és a beavatkozás kimenetelétől függően osztályos felvételre is sor kerülhet.

#### **9./ A műtét / beavatkozás várható kimenetele, következményei**

A vizsgálat elsősorban diagnosztikus céllal történik, eredményéből a betegségeire 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 több alternatív módszer választható. Az egyik lehetőség kontrasztanyagost vastagbélfeltöltés röntgen képerősítő alatt hashajtás után (irrigoszkópia). A másik hasi CT elvégzése kontrasztanyag ivása és vénás adása után. A harmadik az ún. virtuális kolonoszkópia, mely szintén CT elvégzését jelenti hashajtás és a vastagbél végbélben keresztüli levegővel feltöltése után.

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

Ha nyugtató injekciót kapott, reakció idejének csökkenése miatt a vizsgálatot követően 24 órán belül autót nem vezethet. A vizsgálat után pihennie kell, csak ezután tudjuk kísérővel hazaengedni, ha a vizsgálat járóbetegként történt. A vizsgálat napján veszélyes munkát ne végezzen, fontos döntést ne hozzon.

**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 sérve?                                                   | IGEN / NEM |

## **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy (illetve a képviseletében 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: .....