

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A VÉKONYBÉL KAPSZULA ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATA (CAPSULA ENDOSCOPIA)

A beteg neve:

TAJ-száma:

Születési dátuma:

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

A fenti esetben törvényes képviselő/hivatalos 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 vékonybél kapszula 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. A kapszula endoszkópia szövettani mintavételre nem alkalmas.

A vizsgálat célja a vékonybél eredetű vérzés okának tisztázása, a vékonybél gyulladásos eltéréseinek, jó- és rosszindulatú daganatainak vagy egyéb rendellenességeinek a felismerése.

Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a kapszula endoszkópia elvégzését indokolják.

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

A vizsgálat előtt 8 órás éhgyomor szükséges, gyógyszereit beveheti, vastablettát ne szedjen 2 nappal a vizsgálat előtt. Tiszta folyadékot ihat. A vizsgálat napján éhgyomorra egy kb. 11x22 mm-es kapszulát kell lenyelni, majd aznap bőséges mennyiségű (nem szénsavas, színtelen és rostmentes) folyadékot kell fogyasztani. A körülményektől függően a vizsgálat 14 órán át tart. A kapszula természetes úton távozik. Az érzékelő berendezést intézetünkbe másnap reggel juttassa vissza!

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

A vizsgálat során jól megítélhető a vékonybél nyálkahártyája, azonosíthatók a bél nyálkahártya eltérései, pl. gyulladás, fekély, polip, daganat, vérzésforrás. A látott képletből mintát venni a vizsgálat során nem tudunk.

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), bélelzáródás, kapszula elakadás. Ezek nagyon ritkán műtéti ellátást is igényelhetnek. 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. vékonybél gyulladásos betegségei, vékonybélvérzések, vékonybél daganat) korai felismerése és eredményes kezelése 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 aláhúzendő)

8./ A műtét / beavatkozás utáni történések

A kapszula lenyelése után Ön otthonába távozhat, a kapszula bevétele után 8 órával ehet.

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.

10./ Alternatív megoldás(ok)

A vizsgálat helyett több alternatív módszer választható. Az egyik lehetőség a hasi CT elvégzése kontrasztanyag ivása adása után (CT enteroclis). A másik lehetőség az MR enterographia, amely hasonló módon történik. A harmadik az ún. kettős ballonos enteroszkópia, mely egy hosszabb, altatást igénylő vékonybél tükrözés.

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

A vizsgálat után különösebb teendő nincs. A kapszulát ne keresse, természetes úton, észrevétlenül távozni fog. Az érzékelő berendezést intézményünkbe juttassa vissza.

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 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 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.

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

hozzájárulásomat 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: