



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

### A VÉKONYBELEK TÜKRÖZÉSE (KETTŐS BALLON ENTEROSZKÓPIA)

**A beteg neve:**

**TAJ-száma:**

**Születési dátuma:**

A beteg: cselekvőképtelen / korlátozottan cselekvőképessé / 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)

Kezelőorvosa az Ön érdekében a vékonybelek endoszkópos vizsgálatát tartja indokoltnak. A vizsgálathoz az Ön beleegyezése szükséges, ezért tájékoztatjuk a beavatkozás lényegéről, várható előnyeiről és az esetleges szövődményekről.

A vizsgálat célja a vékonybél áttekintése különböző vékonybél rendellenességek gyanúja esetén (vérzés, fekély, daganat, gyulladás, felszívódási zavar, vérszegénység, egyéb elváltozások) felismerése céljából. A vizsgálat során lehetőség van szöveti mintavételre a kórosnak ítélt területből, illetve bizonyos beavatkozásokra is (pl. vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polip levétele, vékonybél szűkületek ballonos tágítása, stent behelyezés). Ha olyan eltérést találunk (daganat, polyp, szűkület), ami sebészi beavatkozást, a beteg bélszakasz eltávolítását igényli, jelöljük az elváltozást szöveti festék befecskendezésével, megkönnyítve a sebészi számára a későbbi műtéti beavatkozás kivitelezését.

*Alulírott egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő a jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a kezelőorvos részletesen tájékoztatott állapotomról és azokról a körülményekről, melyek a kettős ballon enteroszkópia elvégzését indokolják.*

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

A vizsgálat a beteg részéről jelentősebb előkészületet nem igényel, éhgyomorral történik, de a rendszeresen szedett gyógyszerek bevétele történjen meg. A vizsgálat az esetek nagyobb részében altatásban történik, ezért a vizsgálatot megelőzően altató orvosi (aneszteziológiai) vizsgálat, véleményezés szükséges. Éhgyomorral, altatásban egy hajlékony optikai műszer (endoszkóp) kerül levezetésre szájon át nyelőcsőn, gyomron keresztül a nyombélbe, valamint a vékonybélbe. A vizsgálat során minél hosszabb vékonybél szakaszt próbálunk áttekinteni, ezért a vizsgálat hosszú, átlag 90 perc időt vehet igénybe, de az alkati tényezők, a korábbi sebészeti beavatkozások okozta eltérések miatt a vizsgálat ideje hosszabb, akár három óra is lehet. A vizsgálat során a megfelelő kivitelezés érdekében rövid röntgen átvilágítás szükséges lehet.



*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 az egyébként nehezen vizsgálható vékonybél jelentős hosszúságú szakaszának a nyálkahártyája. Azonosíthatók az adott szakasz 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)**

Előfordulhat érzéstelenítőszer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység, szövettani mintavétel vagy polipeltávolítással kapcsolatos kisebb vérzés, ritkán a gyomor, vagy a vékonybél falának károsodása, kiszakadása. A vizsgálatot követően ritkán, kb. 1%-ban hasnyálmirigy gyulladás, bélfal sérülés bekövetkezhet. A beavatkozások, mintavétel, polipeltávolítás, vérzéscsillapítási módszerek alkalmazása során a szövődményráta 3-4 % lehet. Eszköz okozta sérülés, vagy a beavatkozások során fellépő esetleges szövődmény miatt 10 000 vizsgálatból átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

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

A vékonybél nehezen megközelíthető szerv, betegségei, az itt keletkező eltérések könnyen rejtve maradhatnak. Ezért fontos, hogy vékonybél betegségre utaló gyanú esetén a vizsgálat elvégzésre kerüljön. Elmaradása, késése előrehaladott betegség késői felismerését eredményezheti.

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

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

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

Tekintettel az altatásra, a beteget 24 óráig megfigyeljük. A vizsgálatot követően - az állapottól függően - 4-5 órával kerülhet sor étkezésre.

#### **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 vékonybél vizsgálatára alkalmas az úgynevezett kapszula endoszkópia, de ez nem alkalmas mintavételre és terápiás beavatkozások kivitelezésére, ezért nem helyettesíti a vékonybél endoszkópiát. Hasonlóan, speciális, kontrasztanyagot röntgen, CT vagy MR vizsgálat használható a vékonybél vizsgálatára, de ezek sem helyettesíthetik az endoszkópos beavatkozást.

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

A beavatkozás után Ön az altatás miatt megfigyelésre kerül. 4-5 óra múlva étkezhet. Amennyiben állapota lehetővé teszi, kezelőorvosa otthonába bocsátja. Ezt követően Önnek speciális teendője ezzel kapcsolatban nincsen.



## 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 séreve?                                                  | 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

**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: .....