



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

GASTROSCOPIA – GYOMORTÜKRÖZÉS

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önök érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

I. Beavatkozás megnevezése:

Gastrosopia/Gyomortükrözés

Cél:

- ☐ a nyelőcső, gyomor és nyombél rendellenességeinek felismerése,
- ☐ szövettani mintavétel
- ☐ gyógykezelés elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polyp levétel, stb.)

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Éhgyomorral, a garat helyi érzéstelenítése után egy hajlékony műszer kerül levezetésre a szájon át a nyelőcsőn, gyomron keresztül a nyombélbe. Szükség esetén a beteg nyugtató injekciót kaphat. A vizsgálat fájdalommentes, ideje kb. 3-15 perc.

A vizsgálat után:

- I. ha a beteg nyugtatót injekciót kapott, aznap semmilyen járművet nem vezethet, felelősségteljes döntést nem hozhat, szűrő-vágó szerszámmal nem dolgozhat, kiskorúra nem felügyelhet, rövid megfigyelés után csak kíséreléssel engedhetjük haza.
- II. a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 20 percig nem ékezhet, folyadékot a félrenyelés veszélye miatt nem ihat.
- III. szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához ill. a vizsgálatot végző osztályhoz.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A nyelőcső, a gyomor és a nyombél területén látható elváltozások felismerése

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

- ☐ az érzéstelenítőszer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység
- ☐ a beavatkozással kapcsolatos vérzés
- ☐ a tükrözés művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 10.000 vizsgálatra átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokoltá.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei: --

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A nyelőcső, a gyomor és a nyombél területén található elváltozások nem kerülnek felismerésre.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:

Szövődmény fellépésekor műtét, vérátömlesztés válhat szükségessé.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Nyelési röntgen, gyomor röntgen vizsgálat, azonban szövettani mintavételre, beavatkozásra ebben az



esetben nincs mód.

IX. A beavatkozás várható kimenetele: A felső emésztőszervi traktus elváltozásainak felismerése.

X. Beavatkozást követő életmód: A vizsgálatot követően a garat érzéstelenítése miatt 20 percig ételt, italt nem fogyaszthat, a félrenyelés veszélye miatt.

II. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Beteg neve:

Születési ideje: **TAJ száma:**

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében **KÉRJÜK, HOGY ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:**

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről:	nem – igen
Tud-e vérzékenységről:	nem – igen
Van-e epilepsziája:	nem – igen
Van-e zöld hályogja:	nem – igen
Van-e beültetett szívritmus szabályozója:	nem – igen
Fennáll-e terhesség:	nem – igen
1. Van-e egyéb említésre méltó betegsége:	nem – igen:

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának vagy asszisztensnek.

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

.....
.....

A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata a Beteg esetében:

.....
.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

.....

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:

.....
.....

További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:

.....

**A beteg kérdései:****A kérdésekre adott válaszok:**

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéni** **eset** **tájékoztatót** a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **adtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Vác,

Kezelőorvos neve:

.....
aláírása, pecsétje

A beavatkozást végző orvos neve:

.....
aláírása, pecsétje

Endoszkópos szakasszisztens neve:

.....
aláírása

III. NYILATKOZAT**Tisztelt Betegünk!**

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógy mód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:

1. E nyilatkozatot a Váci Jávorszky Ödön Kórház keretében kezelt *[Kérjük jelölje meg a megfelelőt!]*

- ☐ **betegként**
- ☐ a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógy módok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és



kezelésmódokkal egyetértek.

3. A beavatkozás olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható,

- hozzájárulásomat adom.
- a következő korlátozásokkal adom hozzájárulásom:.....
- nem járulok hozzá

(a megfelelő aláhúzendő).

Tudomásul veszem, hogy bizonyos helyzetekben, így például életveszély fennállása, hozzájárulásom nélkül is kiterjeszthető a beavatkozás.

4. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasításának következményeiért a felelősséget vállalom. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

5. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körütekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

6. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

7. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

8. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

9. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.

A beavatkozással kapcsolatban az írásbeli tájékoztatás mellett számomra egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató tartalmát megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.

Kelt: Vác,

.....

a beteg vagy képviselőjének aláírása



Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....

Tanúk (*név/aláírás/lakcím*) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.

.....

2.

.....

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Vác,

.....
*beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje*

.....
*osztály-/ügyeletvezető orvos
aláírása, pecsétje*