



Formanyomtatvány

MU-KK-01.6.1.2. F01

Változat:

4

Speciális beleegyező nyilatkozat

Kiadva: 2015.03.15.

Beteg neve: Szül.:

TAJ szám :

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT AZ EMÉSZTŐRENDSZER FELSŐ SZAKASZÁNAK ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VIZSGÁLATÁHOZ		
1	A tervezett beavatkozás oka (diagnózis/tünet)	A gasztrointesztinális traktus (nyelőcső, gyomor, nyombél) falának és a környező szövetek (mediastinum, hasnyálmirigy, epeutak) betegségeinek gyanúja
2	A tervezett beavatkozás megnevezése / típusa	Bóditásban és helyi érzéstelenítéssel végzett beavatkozás
3	A beavatkozás tervezett időpontja	
4	Beavatkozást végző személye	
5	A beavatkozás szempontjából fontos, a beteg által felsorolt előzmények, jelen állapot	<ul style="list-style-type: none">- véralvadásgátló gyógyszer (pl.: Syncumar, Marfarin, Xarelto, Pradaxa, Clexane, Fragmin, Fraxiparin, SP54) használata- vérlemezéké összeállását gátló gyógyszer (pl.: Aspirin, Ticlid, Plavix) szedése- gyógyszer, amelyről korábban allergiás reakciója jelentkezett (pl. jód, bőrfertőtlenítők, Lidocain)- ismert krónikus fertőző megbetegedés, mely a beavatkozást végző személy bőrén található legkisebb sérülés esetén is annak egészségére nézve veszélyes lehet (pl. AIDS, hepatitis B és C)- ismert szív-, tüdő-, vesebetegsége, vérzékenysége van,- korábban endocarditisze volt,- ha ön terhes.
6	Beavatkozáshoz szükséges előkészületek és gyógyszerelés	<p>A vizsgálathoz elengedhetetlen, hogy a gyomra üres legyen, ezért a vizsgálatot megelőző éjjel után ne egyen semmit, víztiszta folyadékot fogyaszthat a vizsgálatot megelőző 2 óráig.</p> <p>A garat lidocainnal történő érzéstelenítését követően intravénás injekcióval felületesen elaltatjuk (annyira éber marad, hogy kooperálni tudjon) és fájdalomcsillapítót adunk, hogy segítsünk Önt az ellazulásban és minimalizáljuk a vizsgálat okozta kellemetlenséget.</p>
7	A beavatkozás rövid leírása	<p>A vizsgálat során a gyomortükrözésnél használatos endoszkópot (rugalmas cső, melynek végén fényforrás, videokamera és ultrahangfej van) vezetünk a száján keresztül a nyelőcsőbe, gyomorba, majd a nyombélbe.</p> <p>Az EUH egy biztonságos vizsgálat, mely lehetővé teszi a felső gasztrointesztinális traktus (nyelőcső, gyomor, nyombél) falának és a környező szöveteknek (mediastinum, hasnyálmirigy, epeutak, kismedence) ultrahanggal történő nagy felbontású ábrázolását és ez által hasznos információkkal egészíti ki a hasi ultrahang, CT, MRI vizsgálatok eredményét.</p> <p>A vizsgálat közben vitális paramétereit (szívfrekvencia, oxigénszaturáció) monitorozzuk. A vizsgálat 15-30 percig tart.</p>
8	Lehetséges gyakoribb szövődmények	<p>A vizsgálat során nagyon ritkán szövődmények léphetnek fel, úgy, mint a bélfal kilyukadása és vérzés, melyek gyakorisága megegyezik a rutin gyomortükrözés során fellépő szövődmények gyakoriságával. Az altatáshoz használt injekció allergiás reakciót okozhat, mely rendszerint enyhe lefolyású és általában csak arra hajlamos</p>



Formanyomtatvány

MU-KK-01.6.1.2. F01

Változat:

4

Speciális beleegyező nyilatkozat

Kiadva: 2015.03.15.

		egyéneken alakul ki.
9	Beavatkozás utáni teendők	A vizsgálatot követően, ha szükséges 1-2 óráig megfigyeljük Önt. Vezetni az altató miatt aznap nem tanácsos; hozzon hozzátartozót magával, hogy hazakísérhesse. Az érzéstelenítő hatásának elmúlását követően (kb. 20 perc) ehet.
10	A betegre egyedileg vonatkozó egyéb, a kezelőorvos által ismert információk	

A kezelés eredményessége érdekében felelősségem tudatában és saját érdekemben teljes őszinteséggel válaszolok a feltett kérdésekre és minden általam ismert lényeges tényről, körülményről tájékoztatást adok. Tisztában vagyok azzal, hogy ezek eltitkolása az általam kért kezelés kockázati tényezőit, komplikációit előidézhetik, fokozhatják.

Jelen beleegyező nyilatkozathoz tartozó szóbeli és írásbeli* betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem; a javasolt gyógymóddal, lehetséges szövődményekkel, a beavatkozás várható kimenetével kapcsolatos kérdéseimre kielégítő, számomra érthető válaszokat kaptam.

Tudomásul veszem, hogy szakszerű beavatkozás esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyulási időtartamot és eredményt kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Kijelentem, hogy esetleges szövődmény gyanúja / észlelése esetén azonnal jelentkezem az ellátó egységnél. Tudomásul veszem, hogy az egyeztetett ellenőrző, kontroll vizsgálatok elmulasztásának és az utasítások be nem tartásának esetén; az ebből adódó esetleges következményekért a felelősség engem terhel.

Kelt:

A betegtájékoztató elolvasása* és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt műtétbe / beavatkozásba **beleegyezem**:

.....
beteg/nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

.....
orvos aláírása

A betegtájékoztató elolvasása* és a szóbeli tájékoztatás ellenére a felajánlott műtétbe / beavatkozásba **nem egyezem bele**:

.....
beteg/nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

.....
orvos aláírása

A *-gal jelölt rész törlendő, amennyiben írott betegtájékoztatót nem használtak.