
	Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet a Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.	
	I. sz. BELGYÓGYÁSZAT, GASTROENTEROLÓGIAI Osztály Osztályvezető: Dr. Takács Rita Tel: [36-1] 432-7616 www.bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7523	

Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat (24 órás nyelőcső Hidrogen ion koncentració (pH) mérése a savasság vagy lugosság igazolására)

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessük írásos beleegyezése szükséges. Ez a tájékoztató azért készült, hogy segítse Önt annak megértésében, hogy a beavatkozásnak mi a javallati köre, technikai kivitele, mik a következményei. A beleegyezés aláírása előtt gondosan olvassa el a betegtájékoztatót, és amennyiben kérdése van a beavatkozással kapcsolatban, forduljon a vizsgálatot végző orvoshoz.

Beteg neve..... TAJ: --

Születési idő: ..

1./ VIZSGÁLAT INDIKÁCIÓJA:

A nyelőcső pH-mérés vizsgálat a reflux betegség kimutatásának legbiztosabb módszere, arany standardja.

2./ A VIZSGÁLAT MENETE:

A vizsgálatához vékony szondát vezetünk le a beteg orrán keresztül a nyelőcsőbe, mely 1 vagy több pH mérésre alkalmas érzékelőt tartalmaz. A szondát adatrögzítőhöz kapcsolják, mely 24 órán keresztül folyamatosan méri a nyelőcső pH-változásait. 24 óra elteltével az adatokat számítógépes program segítségével kiértékeljük. Ezen vizsgálattal megállapítható a savas (pH 4 alatti érték, illetve lúgos pH 10 feletti értékek) refluxepizódok száma, időtartama, napszaki megoszlása, tünetekkel való összefüggése, többérzékelős szonda segítségével annak magassági terjedése is.

3./ VIZSGÁLATHOZ SZÜKSÉGES ELŐKÉSZÜLET:

A vizsgálatra, éhgyomorrra érkezzen és a vizsgálat/ szonda lehelyezése utánra szóló írásos utasítást tartsa be, naplót vezesse!

A lehelyezés minimális kellemetlenséggel jár (öklendezés, hányinger) ami elmúlik, a mérés 24 órán keresztül, a kis hordozható adatrögzítő segítségével történik.

A vizsgálati idő alatt a páciens ugyanazt a tevékenységet képes ellátni, amit egyébként tenne. A beteg a pH mérés alatt naplót vezet, majd a 24 órás mérés lejártakor a vékony katétert eltávolítjuk az orrból. A mérőegységből ezt követően számítógéphez olvassuk be a tárolt adatokat, és elemezzük őket.

4./ A VIZSGÁLAT IDŐTARTAMA, LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEI, KEZELÉS CÉLJA

Lehetséges szövődmény: A vékony katéter okozta ornyálkahártya izgalom.

A vizsgálat időtartalma: 24 óra.

A kezelés célja: A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, pontos diagnózis felállítása.

5./ A VIZSGÁLAT ELMARADÁSAKOR VÁRHATÓ

Állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg szövődmények kialakulása.

6./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasoltam. Az orvos kiegészítése:

.....
.....
.....

Budapest, év hó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

7./ BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését.

A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok. Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bárminemű betegséget eltitkoltam, annak következményeit magam viselem.

Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, év hó napóraperc

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

8./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az

ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli.

(Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, év hó nap óra perc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó
aláírása

Tanúk:

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Aláírás:

Aláírás: