
	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 Végbél Endoscopos Ultrahang Vizsgálat (ERUS) elvégzéséhez

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: . .

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében **Végbél Endoscopos Ultrahang (ERUS)**. beavatkozás elvégzése szükséges, ami szakmailag megalapozott és az Ön érdekeit leginkább szolgáló megoldás. Az Osztály a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnel egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, úgy és olyan mélységig, mely megítélése szerint szükséges, Ön által érthető, állapotának megfelelő, lehetőséget adva a beavatkozással kapcsolatos kérdéseire feltevésére, melyeket megválaszol.

A VIZSGÁLAT CÉLJA:

Az endoszkópos ultrahang vizsgálat lehetővé teszi a végbél betegségeinek pontosabb megítélését, lehetséges a bélfal rétegeinek vizsgálata, az itt elhelyezkedő növedékek (polyp, tumor) kiindulási rétegeinek megítélése, a fal többi rétegeinek beszűrtsége illetve a környezetre terjedés meghatározása. Lehetséges a fal környezetében lévő megnagyobbodott nyirokcsomó igazolása, ezzel műtéti elsősorban a végbélben elhelyezkedő végbélrák ultrahangos stádium beosztásának megítélésére, ezzel a műtéti és/vagy onkológiai kezelési terv kialakításának segítése.

A BEAVATKOZÁS ELŐTTI TÖRTÉNÉSEK:

Végbél kúppal vagy beöntéssel végzett tisztítás. A gyógyszereit vegye be, nem kell éhgyomorrra maradni.

A BEAVATKOZÁS MENETE

Hajlékony, ultrahanggal kombinált optikai műszer felvezetése a vastagbélbe 10-20 cm magasságig, egyidejűleg szükség esetén a végbél vízzel és vagy levegővel történő feltöltése. A körülményektől függően a vizsgálat 10-15 percig tart.

A BEAVATKOZÁS UTÁNI TÖRTÉNÉSEK:

Rövid megfigyelésre szükség lehet.

ÉLETMÓDBELI VÁLTOZÁSOK A BEAVATKOZÁS UTÁN, VÁRHATÓ KÖVETKEZMÉNYEK.
Bőséges folyadékfogyasztás, durva rostos ételek kerülése.

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

Az előkészítéssel összefüggő vagy fájdalomcsillapító adásából származó szövődmény. Esetleg feszülés (bélgázok megnövekedett mennyisége miatt), minimális szivárgó vérzés.

Ritka az eszköz okozta nyálkahártyavérzés, 1-2:1000 esetben lehet számítani olyan bélsérülésre vagy vérzéses szövődményre, mely miatt sürgős sebészeti beavatkozásra kerülhet sor

Beavatkozás időtartalma: 10-15 perc

A kezelés elmaradásakor várható: állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, pontos diagnózis elmaradása.

A beavatkozás helyett alkalmazható más eljárások, azok lehetséges előnyei, kockázatai :

Kismedencei CT / MRI , de ezek szövettani ill. részletes vizsgálatra nem alkalmasak.

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, évhó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

BELEEGYZŐ 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 nap óra perc

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

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: