
	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 Endoscopos Ultrahang és Citológiai mintavétel/vizsgálat 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 **endoszkópos ultrahanggal (EUH) történő citológiai mintavétel** 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 EUH egy biztonságos vizsgálat, mely lehetővé teszi a gyomor-bél traktus (nyelőcső, gyomor, nyombél vagy végbél, vastagbél) falának és a környező szöveteknek (mediastinum, hasnyálmirigy, epeutak, kismedence) ultrahanggal történő nagy felbontású ábrázolását és vékonytűvel az adott szervek betegségeiből sejtek nyelését, mely szövettani diagnózist tesz lehetővé.

A BEAVATKOZÁS MENETE

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 vagy a végbélben át a vastagbélbe. A vizsgálat éhgyomorral történik. A garat lidocainnal történő érzéstelenítését követően intravénás injekcióval felületesen elaltatjuk (annyira éber marad, hogy kooperálni tudjon), hogy segítsük Önt az ellazulásban és minimalizáljuk a vizsgálat okozta kellemetlenséget. A vizsgálat közben vitális paramétereit (szívfrekvencia, oxigénszaturáció) monitorozzuk. A vizsgálat során szükség esetén 0,6 mm vastag tűvel veszünk sejteket a kérdéses szervből. A vizsgálatot követően egy napig megfigyeljük Önt.

A BEAVATKOZÁS ELŐTTI TÖRTÉNÉSEK:

Éhgyomorral kell maradnia, reggeli gyógyszereit kérjük vegye be! Kérjük, informáljon, ha allergiás valamelyik gyógyszerre, műbillentyűje van, korábban endocarditise volt, vérékenysége, szív, tüdő, vesebetegsége van, véralkotó gátló (heparin, Syncumar, Warfarin), vagy trombocita aggregáció gátló (aspirin, clopidogrel, ticlopidin) szed, krónikus fertőző betegsége (AIDS, hepatitis B, C) van, és ha Ön terhes.

A BEAVATKOZÁS UTÁNI TÖRTÉNÉSEK.

Enyhe bódulat néhány órás alvás, émelygés garatfájdalom.

ÉLETMÓDBELI VÁLTOZÁSOK A BEAVATKOZÁS UTÁN, VÁRHATÓ KÖVETKEZMÉNYEK.

Kérjük, tartsa be orvosa utasításait. A bódítás jellegétől függően 2-4 órás megfigyelésre van szükség. A vizsgálat után nem vezethet gépjárművet, nem intézhet hivatalos ügyeket, kímélő életmód szükséges. Esetenként szükségessé válhat néhány napos kórházi megfigyelés.

A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Nem ismert helyettesítő eljárás, bizonyos esetekben nagykockázatú hasi műtét jöhet szóba.

Lehetséges szövődmény:

Adott esetben enyhe vérzés, hasnyálmirigy izgalom, émelygés, bódultság. 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 (0,018-0,15%). Vérzés (0,19-6,0%) és akut pankreatitisz (0,4-2,35%) gyakorlatilag csak az EUS-FNA (finom tű aspiráció) esetén fordul elő.

Az altatáshoz használt injekció allergiás reakciót okozhat, mely rendszerint enyhe és általában csak arra hajlamos egyéneken alakul ki.

Beavatkozás időtartalma: 20-40 perc

A kezelés eredménye: A mért értékek egyénenként változnak, egyediek, így a kezelését a kezelőorvos állapítja meg az eredmény alapján.

A kezelés elmaradásakor várható: állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, fel nem ismert betegségek kezelésének elmaradása.

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

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 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: