
	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 (vastagbél tükrözés / Colonoszkópia)

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./ BEAVATKOZÁS INDIKÁCIÓJA:

Vastagbél tükrözést azért végzünk, hogy a bél belsejében lévő elváltozásokat felfedezzük: polypot, daganatot, szűkületet, gyulladást. Az endoscopos vizsgálat lehetővé tesz polip eltávolítást, vérzéscsillapítást, szövettani mintavételt.

2./ IDŐPONT-MEGÉRKEZÉS-KÍSÉRŐ:

A vizsgálat napján kérjük, hogy **csak a megbeszélte időpontban érkezzen** rendelónkbe. A vizsgálat elhúzódhat akkor, ha operatív endoscopyra (polyp levételre, tágitásra, vérzéscsillapításra) kerül sor. A vizsgálata **tervezett időpont előtt nem kezdődik**.

Előkészületek: A vizsgálatot csak kizárólag előkészítés után végezzük. A vizsgálati előkészítésről az időpont adásakor kapott tájékoztatóból tájékozódjon, az utasításokat pontosan tartsa be, mert nem megfelelő előkészítés után a vizsgálat kivitelezhetetlen vagy csökkent értékű lehet.

Gyógyszerelés változtatása: A vizsgálat előtt 3 nappal ne vegye be pl. Plavix, Ticlid (**clopidogrel, ticlopidin**) tartalmú, Aspirin (**acetil-szalicilsav**) tartalmú gyógyszereit, Syncumar, Marfarin, Pradaxa, Xarelto (**acenokumarol, kumarin, dabigatran, stb.**) tartalmú egyéb vérhígító kezelést fel kell függeszteni, **HEPARIN injekcióját a vizsgálat napján ne adja be!** Ezen szerek használatáról a vizsgáló orvost tájékoztatni kell! A gyógyszerek újratevésének időpontjáról és mikéntjéről a vizsgáló orvosa dönt, elkezdni csak az Ő engedélyével javasolt.

Szedálás-bódítás: Amennyiben szedálást kér a vizsgálatához, a vizsgálat során fellépő **Bódítás** miatt gépkocsit vezetni, egyedül közlekedni nem tud. **Kísérővel, vagy Taxi-val érkezzen. Kérjük, hogy egy főnél több kísérőt ne hozzon magával.**

Szedálás (Dormicum) mellett a beteg nem alszik mélyen, csak bódult, érzékelése csökken. Viselkedése megváltozik, nem tud kontrollt gyakorolni érzelmein. A vizsgálat körülményeire nem emlékszik pontosan. A fenti szer mellé NoSpa, Algopyrin, Buscopan injectiot adunk görcsoldásra, fájdalomcsillapításra.

GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉGÉT EZEKRE A SZEREKRE ELŐRE JELEZZE!

Amennyiben Altatásban/ Narkózisban kéri vizsgálatát, előzetesen altathatósági vizsgálaton kell átesnie. Az intravénás narcosis egy közreműködő harmadik személy (altatóorvos) végzi. Az intravénás narcosis végrehajtásáért a beteg irányában közvetlenül felelősséggel Ő tartozik.

3./ A BEAVATKOZÁS MENETE:

A vizsgálat során a 1.4 m hosszú, 11 mm átmérőjű endoscopos cső a végbélen keresztül bevezetve halad végig a vastagbélben. Általában 90-100 cm hosszan kerül az eszköz bevezetésre. Az eszköz kb. 3-5 percig tartó előre haladása kellemetlenséget okoz, melyet ellentartással, gyógyszeres előkészítéssel enyhítünk.

A vizsgálat ideje: Általában 15-60 percig tart. Elhúzódhat.

4./ LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNY:

Teljes kockázatmentesség semmilyen orvosi beavatkozás esetén sem garantálható. A vizsgálat során az eszköz okozta mechanikus sérülés hatására kevés vérzés jelentkezhet (0,001-0,002%). Ha polipektómiát is végzünk, akkor ez az arány megemelkedik: 0,9-2,7%-ban lép fel. Ha a vérzés nagy volumenű, ha a hasa puffadt, fájdalmas, lázas lesz, haladéktalanul jelezze vizsgáló orvosának!

A vastagbél kilyukadása előfordulhat olyan esetekben ahol a bélfal eleve beteg, vagy operatív beavatkozás, polipektómia is történik. Ennek előfordulási aránya 1:2000 vizsgálat.(0,01-0,2%)

A beavatkozás célja: A javulás, gyógyulás mielőbbi elérése, szövettani mintavétel, pontos diagnózis felállítása.

A beavatkozás elmaradásakor várható: állapotrosszabbodás, gyógyulási esélyeinek romlása, gyógyulásának elhúzódása, esetleg életveszélyes szövődmények kialakulása.

5./ 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

6./ 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

7./ 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: