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

Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat Percutan endoscopos gastrostoma (PEG (hasfalon át a gyomorba vezetett műanyag szonda)) készítéséhez

Tájékoztatjuk Önt, hogy ahhoz, hogy az Önnél tervezett beavatkozást elvégezhessek 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./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Táplálkozási képtelenség szájon keresztül.

2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A beavatkozás alatt mélybódítást alkalmazunk. Gyomortükrözésnél használt eszközzel a gyomorban fényjelzéssel jelöljük ki a behatolás helyét. Ezt követően a bőrfelszínen át, bőrmetszés után egy erős vezetőfonalat vezetünk a gyomorba, majd ennek segítségével szájon keresztül a gyomorba húzzuk, majd rögzítjük a tápláló szondát. A tápszonda a bőrfelszínen is rögzítésre kerül egy rögzítő talp segítségével. A pici metszett sebre steril fedőkötést helyeznek.

3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA:

Életmentő táplálás.

Az ép gyomor bélrendszerbe történő táplálás természetes mód, a bélhuzam egészségét megőrzi, jobb tápanyag felvételt biztosít, mint az infúzió.

4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

A beavatkozás közben fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények

Vérzés, levegő hasüregbe kerülése, ritka esetekben (0,2 %)

Pneumonia: 1,7 %. PEG tubus törés: 1,7 %. Ulceratio, váladékozás: 1,7%. Hasi fájdalom, peritonitis: 1,7 %

Igen ritkán más szerv sérülése (máj, lép, vastagbél, erek) 0,01%

A beavatkozás után fellépő lehetséges következmények, illetőleg esetleges szövődmények. : Rögzítés meglazulásakor tápszercsorgás, helyi szöveti gyulladás.

5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

A beavatkozás előtti történések: Éhgyomorra kell maradnia, reggeli gyógyszereit kérjük vegye be! Kérjük, informáljon, ha allergiás valamelyik gyógyszerre, műbillentyűje van, korábban endocarditisze volt, vérzékenysége, szív, tüdő, vesebetegsége van, véralvadást gátló (heparin, Syncumar, Warfarin), vagy trombocita

aggregáció gátlót (aspirin, clopidogréll, 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.

6./ ÉLETMÓDBELI VÁLTOZÁSOK A BEAVATKOZÁS UTÁN, VÁRHATÓ KÖVETKEZMÉNYEK.

Kérjük tartsa be orvosa utasításait! A beavatkozás után szükséges néhány napos kórházi megfigyelés, ami alatt Ön vagy családja az eszköz gondozásáról oktatást kap. Ha szükséges otthonápoló szolgálat igénybevétele kérjük, jelezze kezelőorvosának.

7./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI
Éhezés, idővesztés, állapotromlás.

8./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Nem ismert helyettesítő eljárás, bizonyos esetekben nagykockázatú hasi műtét jöhet szóba. Táplálását infúziós oldattal is lehet részlegesen biztosítani ez azonban a bélnyákhártya sorvadásához vezet.

9./ 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 megválasztottam. Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, évhó napóraperc

.....
felvilágosítást adó orvos aláírása

10./ 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 betegségemet 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

11./ 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: