
	Budapesti Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet a Semmelweis Egyetem Gyakorló Kórháza H-1106 Budapest, Maglódi út 89-91. Főigazgató: Dr. Óváry Csaba PhD. MSc.	
	IV. belgyógyászat, Kardiológia osztály Osztályvezető: Dr. Andrassy Péter Tel: [36-1] 432-7644 www.bajcsy.hu Fax: [36-1] 432-7644	

**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat
nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang elvégzéséhez**

Tájékoztatjuk Önt, hogy jelen beleegyező nyilatkozat aláírásával nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang (transoesophagealis echocardiographia) elvégzéséhez adja hozzájárulását. Fenti beavatkozást szakorvos javaslatára végezzük. A javaslat felállításának a mindenkori, érvényben lévő szakmai irányelveken kell alapulnia. Osztályunk a beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatja Önt, hogy – mindent mérlegelve – dönthessen és beleegyező nyilatkozatát adhassa a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásokat végző, vagy a beavatkozásokat előkészítő orvos Önnek 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 kérdései feltevésére, melyeket megválaszol.

Beteg neve..... **TAJ:** – –

Születési idő: . .

1. A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE

A nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálat a szív struktúrájának és funkciójának pontosabb megítélését teszi lehetővé (pl. szívbillentyű betegségek, szíven belüli vérrög kimutatása, pitvari sövény megítélése).

2. A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A hajlékony, ultrahang vizsgálatra alkalmas cső az orvos segítségével kerül levezetésre a nyelőcsőbe. A vizsgálat éhgyomorra, kivehető protézisek kivétele után történhet. Alkarjába egy branült, vagy szárnyas tűt helyezünk, melyen keresztül szükség esetén gyógyszer tudunk adni. A torok nyálkahártyájának helyi érzéstelenítése után bal oldalfekvésben kell elhelyezkednie. Az érzéstelenítő sprayt keserűnek érezheti. Ezután a hajlékony ultrahang csövet a száján keresztül vezetjük a hátsó garatban a nyelőcső bemenetéhez. Megkérjük, hogy egyet nyeljen, így kerül a hajlékony cső a nyelőcsővébe. Egy műanyag csutorát kell a fogai közé szorítani, mellyel védi a saját fogait és az eszközt is a sérüléstől. A vizsgálat közben nem szabad nyelni, beszélni. Lehetőség szerint orron keresztül javasolt lélegezni. Érzékeny garatreflex esetén kellemetlen öklendezés jelentkezhet. A vizsgálat közben EKG monitorizálás történik. Szükség esetén intravénásan bódító hatású injekciót adunk. A vizsgálat kellemetlennek érezheti, de nem jár fájdalommal. A vizsgálat időtartama kb. 30 perc. A vizsgálat végén a hajlékony csövet a csutorával együtt kihúzzuk a nyelőcsővéből. A vizsgálat után még 2 órán át nem szabad enni illetve inni, és autót vezetni sem. A bódító injekciótól kábának érezheti magát.

3. A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A nyelőcső közvetlenül a szív mellett helyezkedik el, vékony falán keresztül a szívbetegségek pontos megítélését teszi lehetővé.

4. A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

Érzéstelenítőre való érzékenység fordulhat elő. Ha szerepel ehhez hasonló a kórtörténetben, a vizsgálat érzéstelenítő nélkül is elvégezhető.

Az eszköz levezetése megsértheti a garat nyálkahártyáját, mely véressé teheti a nyálát, köpetet.

Nyelőcsőbetegség (pl. korábbi sérülés, nyelészavar, nyelőcső fali kitérkedés) esetén extrém ritkán előfordulhat, hogy a hajlékony eszköz megakad a nyelőcsőben, és megsértheti a nyelőcső falát, súlyos esetben szét is szakadhat a nyelőcső fala. Utóbbi eset műtéti beavatkozást tehet szükségessé.

5. A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

Lásd 2. Pont.

6. A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A vizsgálat elmaradása nehezebbé teheti, bizonyos esetekben lehetetlenné teszi a diagnózis felállítását vagy kizárását.

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

A nyelőcsővön keresztül végzett szívultrahang vizsgálat nem helyettesíthető más vizsgálattal.

8. A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatban valamennyi kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és olyan 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 beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválasztam.

Az orvos kiegészítése:

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

Budapest, 20 . hó nap óra perc

A felvilágosítást adó orvos aláírása

9. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi 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 beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, 20__ . _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

10. ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazza – 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 rögzítenek).

Budapest, 20__ . _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc

A felvilágosítást adó orvos aláírása

A beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

Tanúk:

Név:.....

Név:.....

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Aláírás:.....

Aláírás:.....

1.