



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Felső tápcsatornai tükrözés (gasztroscópia)

GASZTRO-8/1

A beteg neve:	A vizsgálat megnevezése:
A beteg születési dátuma:	• magyarul: Felső tápcsatornai tükrözés
A beteg lakcíme:	• latinul: Gastroszkópia
A beteg TAJ-száma:	

Kedves Betegünk!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségéről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

➤ A vizsgálat megnevezése

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) olyan betegség gyanúja merült fel, mely miatt felső tápcsatorna tükrözés (gasztroscópia) elvégzését javasoljuk.

➤ A vizsgálat leírása

A felső tápcsatornai tükrözés jelenleg a legkorszerűbb vizsgálati módszer a nyelőcső, a gyomor, a patkóbél betegségeinek (például gyulladás, fekély, daganat) kórismézéséhez. Emellett számos esetben gyógyító beavatkozásra is lehetőség van, például vérzéscsillapításra, jó indulatú daganat (polip) levételére.

➤ Hogyan kell felkészülni a vizsgálatra?

A vizsgálat éhgyomorra történik, ezért a vizsgálat előtt 8 órával szilárd étel, 4 órával pedig folyadék sem fogyasztható. Kérjük, hogy rendszeresen szedett gyógyszerei közül a szokott időben csak a vérnyomáscsökkentőket és szívgyógyszereit vegye be néhány korty vízzel! A cukorbetegsége miatt szedett gyógyszereket, inzulint a vizsgálat utáni első étkezéshez időzítsse!

➤ Hogyan történik a vizsgálat?

A beavatkozás a garat helyi érzéstelenítése után történik, bódító–nyugtató injekció adása csak ritkán indokolt. Szájon keresztül egy kisujjnyi vastagságú hajlékony eszközt (gasztroscópot) vezetünk a nyelőcsőn keresztül a gyomorba, majd a nyombélbe. A megfelelő tájékozódáshoz az eszközön keresztül levegő befúvása, vízzel történő öblítés is szükséges. Elváltozások észlelése esetén szövetminta vétele is szükséges lehet. A vizsgálat kellő együttműködés mellett 3–10 percig tart, fájdalommentes. Az eszköz nem a légutakba kerül, ezért zavartalanul tud lélegezni.

➤ Lehetséges szövődmények

1. Általános megjegyzések:

- A tudomány mai állása szerint a beavatkozás eredményességért és szövődménymentességéért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
- Bármely beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknél nem szükségszerű velejárói, de az orvos elvárható gondossága és körültekintése mellett betegellátás esetén is kialakulhatnak. Mivel ezek előre nem láthatók előre, ezért teljes biztonsággal nem előzhetők meg, és nem minden esetben hárríthatók el.
- Értelemszerű, hogy ezekért a beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a beavatkozásba. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a beavatkozás során felhasznált anyagokra illetve magára a beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények formájában jelentkezhetnek, de ezek veszélye messze elmarad a beavatkozás nélkül várható vagy esetlegesen bekövetkező állapotromlás veszélyéhez képest.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Felső tápcsatornai tükrözés (gasztroszκόpia)

GASZTRO-8/1

- A szövődmenyek együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű szövődmenyek esélyét.
- A szakmai protokolloknak megfelelően mindent elkövetünk a szövődmenyek, kockázatok elkerülése, az esetleges szövődmenyek időben történő felismerése és e következmények megszüntetése, hatásuk minimalizálása érdekében.
- Amennyiben bármilyen szövődmeny lép fel, osztályunk illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

2. Speciális megjegyzések:

Amennyiben a vizsgálatot tapasztalt szakember végzi, a szövődmenyek ritkák (10.000 esetben 1). Előfordulhat az érzéstelenítőszer illetve a nyugtató iránti túlérzékenység, műszer okozta sérülés, szövöttani mintavétel vagy polip levételét követően jelentkező vérzés vagy a tápcsatorna falának sérülése. Rendkívül ritka esetben a szövődmenyek ellátása érdekében sürgős műtét is szükségessé válhat.

➔ Mi a teendő a vizsgálat után

A gasztroszκόpiát követő 30 percen belül vagy a vizsgálatot végző orvos által megjelölt időtartamig nem étkezhet, nem fogyaszthat folyadékot, mert a garatérzéstelenítés miatt megnő a félrenyelésnek és a nyelv elharapásának veszélye. Ezt követően étkezhet, ihat, gyógyszereit beveheti, folytathatja szokásos napi tevékenységét. Ha nyugtató injekciót kapott, aznap nem vezethet gépjárművet a reakcióképesség csökkenése, reflexek romlása miatt; ebben az esetben kísérő segítségére is szorulhat.

➔ A vizsgálat lehetséges alternatívái

Ide tartozik a gyomor röntgen vizsgálata ill. a nyelési próba, és egyes speciális kórképek esetén a CT vizsgálta, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által nem térített, nagy költségű kapszula endoszkópia vizsgálat. Ezeknek az eljárásoknak a diagnosztikus értéke általában kisebb és szövöttani mintavétel, terápiás beavatkozás sem lehetséges. Az esetek többségében ezen vizsgáló eljárások után is endoszkópos vizsgálat elvégzése indokolt.

➔ A vizsgálat elmaradásának előnye

Mai tudásunk szerint az Ön betegségére/sérülésére javasolt beavatkozást vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

➔ A vizsgálat elmaradásának veszélyei

Nyelési és gyomorpanaszok esetén a kellő időben végzett gyomortükrözés különböző nyelőcső, gyomor, nyombél betegségek korai és pontos diagnózisát, esetleg terápiáját teszi lehetővé, melyekre a vizsgálat elmaradása esetén nincsen mód, vagy csak késői, előrehaladott stádiumában történik a felismerés, amikor a kezelési lehetőségek szűkebbek.

➔ Kérjük, segítsen nekünk...

.... azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövődmenyek kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

➔ Beszélje meg orvosával...

a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövődmenyekkel kapcsolatos kérdéseit.

A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):

	A beteg kérdései	Az orvos válaszai
1.		
2.		
3.		



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Felső tápcsatornai tükrözés (gasztroszkópia)

GASZTRO-8/1

➤ Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

1.	Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, akkor milyen):	
2.	Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, akkor milyen):	
3.	Tud-e anyagszere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún tárolási betegségek):	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
4.	Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységéről?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
5.	Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	

➤ A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:

- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem.
- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtét/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításaig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg tájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent-tartózkodásom alatt folyamatosan továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

➤ Beleegyező nyilatkozat

- Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyezem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

Felső tápcsatornai tükrözés (gasztroszkópia)

GASZTRO-8/1

- A beavatkozás/műtét tervezett dátuma

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

Orvos aláírása:	Orvos pecsétje:
-----------------	-----------------

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Kaposvár, év hó nap óra perc

Jelen sorszámozott oldalból álló betegtájékoztatót/beleegyező nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érthető válaszokat kaptam. Ezek tudatában és birtokában az ellátásba beleegyezem.

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Készült 20.....-n és óra között

a SM KMOK Gasztroenterológiai Osztály, Endoscopos Laboratórium 6. sz. helyiségében.