



Név: .....

Szül. idő: .....

TAJ: .....

## Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat *Gasztroszópia vizsgálat (gyomortükrözés)*

### A vizsgálat célja és menete:

Az Ön részére ajánlott vizsgálat orvosa számára lehetővé teszi a nyelöcső, a gyomor és a nyombél nyálkahártyáján kialakult betegségek, rendellenességek felismerését. Gyulladások, polipok, jóindulatú és rosszindulatúság gyanúját keltő daganatok esetén a diagnózis pontos felállítása, a megtekintés mellett az elváltozásból szövettani mintavételt tehet szükségessé (*biopszia*). Az életet veszélyeztető vérzés (*vérhányás, vérszékelés*) esetén annak okának és helyének kimutatása a tükrözés révén alapvető fontosságú. Ez határozza meg a kezelés módját: belgyógyászati, sebészeti vagy endoszkópos. A vizsgálat célja lehet még a fekélyek, a gyulladásos bélbetegségek gyógyulásának ellenőrzése, követése is. Endoszkópos operatív gyógykezelés (*pl. vérzéscsillapítás, polyp eltávolítás, idegentest kivétel*) is szükségessé teheti ezt a beavatkozást.

### A vizsgálat menete:

Éhgyomorral, legtöbbször a garat érzéstelenítése után oldalfekvő testhelyzetben, modern, hajlékony képkalkító eszközt (endoszkópot) vezetünk szemünk ellenőrzése mellett a szájon át a nyelöcsőbe, majd a gyomorba és a nyombélbe. Szűkület esetén csak a szűkületig jutunk le! A vizsgálat időtartama általában kb. 5-15 perc. Szükség esetén a vizsgálat előtt nyugtató injekciót adunk. A betegségek jobb felismerése végett a vizsgálat során esetenként festést alkalmazunk.

### Lehetséges szövődmények:

Teljes kockázatmentesség a legnagyobb gondossággal végzett vizsgálat esetén sem garantálható! Szövődmény forrása lehet: 1. az érzéstelenítő szer, vagy a nyugtatószer iránti túlérzékenység. 2. a beavatkozással kapcsolatos vérzés (*pl. polip eltávolítása, szövettani mintavétel*) 3. perforáció (*tápcsatorna kilyukadása*). 4. Az eszköz bevezetésekor a garat, vagy a légcső bemenet sérülése. A szövődmények előfordulása miatt igen ritkán, de előfordulhat, hogy műtét válik szükségessé a vizsgálat után. Nagyon ritkán a vizsgálat alatt félrenyelés (*ún. aspiratio*) és következményes légzés, illetve keringésleállás következhet be. Tüdőembólia és/vagy súlyos kamrai szívritmuszavar előfordulását is leírták. Halálos szövődmény rendkívül ritka.

Endoszkópos vizsgálatot és beavatkozást csak akkor végzünk, ha az esetleges szövődmények orvosi és endoszkópos elhárításának szakmai és eszközös feltételei adottak. A szövődmények kialakulásának megelőzése, csökkentése érdekében kérjük, hogy a vizsgálat előtt tájékoztassa orvosát és endoszkópos asszisztensét, ha:

- |   |      |     |
|---|------|-----|
| ➤ Van valamilyen vérképzőszervi betegsége, túlzott vérzékenysége<br>( <i>pl. gyakran vérzik az orra, hajlam sérülésre</i> )   | igen | nem |
| ➤ Szed valamilyen vérhígító, vérárvadás csökkentő, vérlemezke gátló gyógyszert<br>( <i>pl. Syncumar, Kumarin, Aspirin, Heprain, Plavix, Thrombex, Prasugrel</i> )                   | igen | nem |
| ➤ Van valamilyen allergiája ( <i>pl. asztma, szénanátha</i> ), vagy allergiás jódra, kontrasztanyagokra, gyógyszerekre, ragtapaszra, helyi érzéstelenítőkre ( <i>pl. Lidocain</i> ) | igen | nem |
| ➤ Fennáll a várandósság lehetősége  | igen | nem |
| ➤ Volt korábban hasi, nőgyógyászati műtéte  | igen | nem |

**A késői szövődmények elhárítása:**

Ha Önnek az endoszkópos vizsgálat után bármilyen jellegű hasi fájdalma, hányingere, széklet vagy szelek elakadása, hányása, véres vagy szurokfekete színű széklete, ill. láza jelentkezne, azonnal értesítse telefonon kezelőorvosát, vagy jelentkezzen a legközelebbi sürgősségi osztályon.

**A beteg beleegyezése:**

Az endoszkópos vizsgálatot, annak diagnosztikus hasznosságát és esetleges hátrányait, ill. lehetséges szövődményeit, valamint bármely további, szükségessé váló eljárást, vagy kezelést kezelőorvosom teljes mértékben elmagyarázta nekem. A fenti tájékoztatót elolvastam, megértettem és választ kaptam minden olyan kérdésemre, amelyeket fontosnak tartottam a javasolt eljárások természetével, céljával, és a bennük rejlő kockázatokkal, lehetséges komplikációkkal kapcsolatban. Lehetőségem volt minden bennem felmerülő további kérdés szóbeli tisztázására és mindegyikre kielégítő választ kaptam.

Megértettem, hogy a vizsgálat kezdetéig bármikor meggondolhatom magam és visszavonhatom jelen beleegyezésemet. Hozzájárulok ahhoz is, hogy a vizsgálat során készült felvételeket kezelőorvosom elektronikus formában rögzítse, vagy oktatási céllal bármilyen írott, vagy elektronikus médiában – személyes adataim, ill. nevem említése nélkül – közzé tegye.

Nincs további kérdésem és úgy érzem, az adott tanácsadás kielégítő volt, ezért miután kellő idő állt rendelkezésemre a döntésem megfontolására, ezennel hozzájárulok, és határozottan kérem, hogy a javasolt eljárást rajtam elvégezzék.

Ezennel véglegesen beleegyezem abba is, hogy az orvos elvégezzen bármely további, vagy a rákövetkező életmentő eljárást vagy kezelést, amely szükségessé válhat, még ha nem is volt előre látható. Beleegyezem a vértranszfúzióba is, ha orvosilag szükséges.

Aláírással tudomásul veszem, hogy adataimat az ellátásomért felelős személyek rögzítik, kezelik, tárolják, feldolgozhatják és 30 évig megőrizhetik, valamint azt, hogy csak az erre a jogszabályban feljogosított hatóság részére adhatják és adják ki. Az adatrögzítés az eü. rendeletben foglalt kötelezettség teljesítéséhez szükséges.

*Esztergom, ...../...../.....*

.....  
*beteg aláírása*

Aláírással hitelesen tanúsítom, hogy a fent nevezett beteggel az endoszkópos vizsgálat menetét, előnyeit, hátrányait, szövődményeit részletesen megbeszéltem és véleményem szerint a beteg teljes mértékig megértette az elhangzottakat és a beleegyező nyilatkozatban leírtakat és a beleegyezését jelenlétemben, teljesen önkéntes alapon tette.

.....  
*vizsgálatot végző orvos neve nyomtatottan*

.....  
*vizsgálatot végző orvos aláírása*