



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Endoscopos nyelőcső-gyomor-patkóbél tükrözés /gastroscopia/

Kedves Páciensünk!

A gyomortükrözés (gastroscopia) a nyelőcső, a gyomor és a patkóbél hajlékony tükrözőeszközzel (gastroscoppal) történő vizsgálata, melynek célja a fenti szervek organikus megbetegedéseinek (gyulladás, fekély, erosio, vérzés, jó, vagy rosszindulatú daganat, vagy egyéb elváltozás) felismerése, szükség esetén a kóros területből szövettani mintavétel, ill. bizonyos terápiais beavatkozások (pl.: vérzéscessillapítás, polyp, vagy idegentest eltávolítása, szűkületek tágítása, stent behelyezés, stb.) elvégzése.

A vizsgálat a beteg éhgyomri állapotában történik /a beteg a vizsgálat előtt 6 órával nem fogyaszthat szilárd ételt, 2 órával előtte folyadékot sem!/. A garat helyi érzéstelenítését követően egy hajlékony optikai műszer levezetése történik szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a nyombélbe. Szükség esetén a beteg nyugtató injekciót kaphat. A vizsgálat kisebb kellemetlenséggel jár, de fájdalommentes, ideje 7-15 perc.

A vizsgálat után:

- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet.
- a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálatot követő 1 órában nem étkezhet.
- ha görcs, hányás, vagy fekete széklet jelentkezne, azt jelezze vizsgálóorvosának személyesen, vagy telefonon a 36/411-444 -es telefonszám 4208-as mellékén.

Lehetséges szövődmények:

- érzéstelenítőszer, vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység,
- az endoscop levezetésével, szövettani mintavétellel, vagy polyp eltávolítással kapcsolatos – rendszerint kis mértékű, ritkán súlyos – vérzés, kivételesen a nyelőcső, gyomor, vagy bélfal kilukadása /perforáció/
- eszköz okozta sérülés vagy terápiais endoscopos művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 5.000 vizsgálatra átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

A beavatkozás kockázatának csökkentése céljából kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Szed-e véralvadást befolyásoló gyógyszert?	igen	nem
Vérzékeny-e?	igen	nem
Van-e epilepsziája?	igen	nem
Van-e beültetett szívritmus szabályozója?	igen	nem
Fennáll-e terhesség	igen	nem
Ismert-e valamely gyógyszer iránti túlérzékenysége?	igen	nem

.....

Egyéb ismert betegségei:

Ha a tervezett beavatkozással kapcsolatosan kérdése van, tegye fel a beavatkozást végző orvosnak!



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott:....., született:

lakcím:....., TAJ:.....

szabad akaratomból az alábbi **nyilatkozatot teszem** az elvégzendő

Endoscopos nyelőcső-gyomor-patkóbél tükrözés /gastroscopia/

invasív vizsgálatra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (268. azonosító számú) Betegtájékoztató átadásával egészségi állapotomról, a javasolt és a lehetséges alternatív vizsgálati, diagnosztikai eljárás, beavatkozás természetéről és céljáról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a vele járó kockázatokról és az elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetséges bekövetkezéséről. Megértettem, hogy minden eljárásnak van valamilyen kockázata és elismerem, hogy az elvárt eredményt nem lehet biztonsággal szavatolni.

2. Tájékoztatót kaptam arról, hogy a vizsgálat **következményeként, a betegtájékoztatóban részletezett mellékhatások, szövődmények léphetnek fel.**

- * Beleegyezem a szükséges érzéstelenítő eljárás elvégzésébe, és megértem, hogy az érzéstelenítésnek lehetnek kockázatai.
- * Felhatalmazom a kezelést végző orvost (orvoscsoportot) és asszisztenciáját arra, hogy a gyógyeljárás során felmerülő, előre nem látott szükség esetén a beavatkozást a kellő mértékben kiterjessék és megtegyenek minden, a gyógyeredmény javítását célzó intézkedést, beleértve addig nem tervezett gyógyszer adását, kórházi osztályon történő elhelyezést is.
- * Beleegyezem abba, hogy a vizsgálatok, vagy ellátásom során orvosaimon és ápolóimon kívül **más egészségügyi szakemberek is** (más szakterület orvosai, szakorvosjelöltek, orvostanhallgatók, tanuló nővérek) **jelen legyenek** és abba is, hogy dokumentációs vagy oktatási célból állapotomról, a velem kapcsolatos tevékenységről felvételek készüljenek, ha azokon személyem nem azonosítható.
- * Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért illetve a gyógyeredmény kialakulásáért **azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.**
- * A vizsgálatba, beavatkozásba való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Kijelentem, hogy a vizsgálat, beavatkozás lefolyásáról megfelelő tájékoztatást kaptam és részemről ezzel kapcsolatban több kérdés nem merült fel. Ennek alapján kérem, hogy rajtam a **fent nevezett kezelést vagy beavatkozást elvégezzék.**

Eger, 20..

.....
beteg vagy képviselője aláírása

.....
vizsgálatot végző orvos aláírása
és bélyegző lenyomata

Döntőképes (cselekvőképes), de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

1

2

.....
név, lakcím

.....
név, lakcím