



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

A vastagbél tükrözéses vizsgálata /colonoscopia/

Kedves Páciensünk!

A vastagbél tükrözés /colonoscopia/ célja a vastagbél organikus megbetegedéseinek (gyulladás, vérzés, jó, vagy rosszindulatú daganat, vagy egyéb rendellenesség) felismerése, szükség esetén a kóros területből szövettani mintavétel, ill. bizonyos terápiás beavatkozások (vérzéscsillapítás, polyp, vagy kezdődő rosszindulatú daganat, idegentest eltávolítása, szűkületek tágítása, stent behelyezés, stb.) elvégzése.

A vizsgálat során a hashajtással kitisztított vastagbélbe hajlékony optikai műszert (colonoscopot) vezetünk. Annak érdekében, hogy az eszköz felvezethető, a bélfal pedig megfelelően vizsgálható legyen, a bélbe levegőt, vagy széndioxidot fújunk. A vizsgálattal kapcsolatos kellemetlenségek csökkenthetők nyugtató és fájdalomcsillapító gyógyszerek bevitelével, vagy altatással. Erről az un. premedikációról az Ön kívánsága és a lehetőségek figyelembe vételével Önnel közösen döntünk. A vizsgálat időtartama – ha terápiás beavatkozásra nem kerül sor – átlagosan 10-15 perc.

A vizsgálat után:

- ha Ön nyugtató injekciót kapott, vagy altatva volt, aznap járművet nem vezethet,
- ha hasi görcse, vagy véres széklete jelentkezne, jelezze vizsgálóorvosának személyesen vagy telefonon a 36/411-444 -es telefonszám 4208-as mellékén.

Lehetséges szövődmények:

- az előkészítéssel összefüggő vagy fájdalomcsillapító adásából, altatásból származó szövődmény igen ritka,
- szövettani mintavétel magától megszűnő kis vérzéssel járhat,
- 1.000 vizsgálat, ill. beavatkozás kapcsán 1-2 esetben lehet számítani olyan bélsérülésre vagy vérzéses szövődményre, mely miatt sürgős sebészeti beavatkozásra kerül sor.
- polyp eltávolítás esetén – azok számától, nagyságától és alakjától függő kockázattal – 3-11 %-ban vérzés, vagy ~ 0,6 %-ban bélfal kilukadás /perforáció/ fordulhat elő.

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!



HEVES VÁRMEGYEI MARKHOT FERENC KÓRHÁZ
Belgyógyászati Osztály – Gasztroenterológia részleg

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott:....., született:

lakcím:....., TAJ:.....

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

A vastagbél tükrözéses vizsgálata /colonoscopy/

invasív vizsgálatra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (269. 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 kezeléseket 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 kényszerből 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