



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**

**Nyelőcső és gyomor varix ligációs kezelése**

**Kedves Páciensünk!**

Az Ön nyelőcsövében és/vagy gyomrában nagy véna tágulatok (varixok) alakultak ki. Ezek fala bizonyos éren belüli nyomásérték fölött megrepedhet, amiből életet veszélyeztető vérzés származhat. Önnek már volt ilyen eredetű vérzése, vagy annak létrejötte fenyeget. Az első varix vérzésben a betegek kb. 15 %-a meghal, 6 héten belül az első vérzéssel összefüggő szövődmény, vagy újravérzés miatt a betegek 20 %-a (minden 5. beteg) hal meg.

Az Önnek felajánlott ligációs kezeléssel a vérzés, vagy újravérzés kockázatát szeretnénk a minimálisra csökkenteni.

A ligációs eszköz egy az endoscop végére illeszthető, henger alakú, átlátszó műanyag toldalékból áll, melynek külső felszínére rendszerint 6 gumigyűrű van felszerelve. Miután az endoscoppal felkeressük a nyelőcső, vagy a gyomor tágult vénáját, a varix egy rövid szakaszát beszívjuk az előre nyúló műanyag toldalékba, majd egy elsütő szerkezettel a toldalék külső felszínéről letolunk egy gumigyűrűt. Így létrejön egy kis, vérrel telt luftballonhoz hasonló képlet, melynek alapját a gumigyűrű nagy erővel szorítja. A szorított területen steril gyulladás eredményeként a véna fal összenő, hegesedik, a fölötte létrehozott „luftballon” a gumigyűrűvel együtt 2 héten belül lelkődik. Egy kezelés során 6 gumigyűrűt helyezünk fel. Ahhoz, hogy a vérzésveszély minimalizálódjon rendszerint 3-4 kezelésre van szükség, a kezeléseket 2-4 hetente végezzük.

A beavatkozás néhány percig tart és csak minimális kellemetlenséggel jár, szövődmény / vérzés, fekély, nyelészavarhoz vezető nyelőcső beszűkülés) ritkán fordul elő. A beavatkozás után egy éjszakát kell megfigyelésen osztályunkon töltenie.

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

**BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott:..... , született: .....

lakcím:..... , TAJ: .....

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

**Nyelőcső és gyomor varix ligációs kezelése**

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (297. 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