



BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Gyomor varixok cyanoacrylással történő endoscopos sclerotizációja

Kedves Páciensünk!

Az Ön gyomorfalában vaskos véna tágulatok /varixok/ alakultak ki, melyekből már származott súlyos, életet veszélyeztető vérzés. Sajnos az újravérzés kockázata magas /1 éven belül 10-15%, 4 éven belül kb. 45 %/ és a vérzés rendszerint súlyos, életet veszélyeztető.

Az újravérzés kockázatának csökkentése tehát a célunk a most ismertetendő beavatkozással.

A kockázat csökkentését szolgáló egyéb módszerek (TIPS, radiológiai módszerekkel történő véna embolizáció/ vagy nem elérhető, vagy Önnél nem alkalmazhatók. A szakirodalom a cyanoacrylással történő véna elzárást javasolja ilyen esetekben. A cyanoacrylát egy polimerizálódó szövetragasztó, mely a vénába adva néhány másodperc alatt tömör dugóvá alakul és elzárja a vénát.

Mivel a beadandó anyag bőrre, esetleg szembe kerülve pillanatragasztóként működve szövődeményeket okozhat, ezért a beavatkozás során az Ön arcát törölközővel védjük.

Tudnia kell, hogy a beavatkozásnak szövődményei is lehetnek. Irodalmi adatok szerint újravérzés fordulhat elő kb. 4,4 %-ban, fertőződés kb. 1,3 %-ban, lép, tüdő, vagy agyi embolia kb. 0,7 %-ban /más adatok szerint akár 2-3 %-ban/, gyomorfekély kialakulása 0,1 %-ban, nagy gyomorvérzés 0,1%-ban, bakteriális hashártyagyulladás ill. hashártyán belüli vérzés 0,1%-ban. A szövődmények miatti halálozás a szakirodalom szerint 0,5 %.

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

Gyomor varixok cyanoacryllal történő endoscopos sclerotizációja

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (300. 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 kiterjesszék 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 kezelése 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