



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**

**Endoscopos teljes falvastagságú resectio**

**Kedves Páciensünk!**

A vastagbél tükrözés egyik legfontosabb célja, a bélfal valamely rétegéből kiinduló jó, vagy rosszindulatú daganatok felfedezése és lehetőség szerinti eltávolítása.

Az eltávolítást igénylő elváltozások nagy része az öt rétegű bélfal legbelső rétegéből, az ún. nyálkahártyából, kisebb része a bélfal mélyebb rétegeiből indul ki, ez utóbbiak csak műtéttel, vagy speciális endoscopos technikákkal távolíthatók el. Ilyen speciális technika a német Ovesco cég által kifejlesztett ún. endoscopos teljes falvastagságú resectios eszköz. Ez az endoscop végére felszerelhető speciális készülék, mely bizonyos mérethatáron belül lehetővé teszi akár a bélfal minden rétegének átmetszését anélkül, hogy bél kilukadás /perforáció/ jönne létre, azaz a bélfal mélyebb rétegeiből műtét nélkül is biztonságosan eltávolíthatók egyes jó, vagy rosszindulatú daganatok.

A beavatkozás lépései: a felkeresett elváltozás az endoscop végére szerelt, előre nyúló műanyag toldalékba történt behúzása után az alapra egy medvecsapdaszerű lezáró fémklipet helyezünk fel, majd a klip fölött a szöveteket átvágjuk.

A beavatkozás néhány percre tart, fájdalommal nem jár, a betegnek a vastagbél tükrözés szokásos kellemetlenségeit kell elviselnie.

A beavatkozás kb. 2 %-ban jár szövődménnyel, ami rendszerint enyhe /átmeneti hasi fájdalom, kisebb vérzés/, ún. súlyos szövődmény /perforációval járó seb szétválás, transfúziót, vagy műtétet igénylő vérzés, a környező szervek sérülése/ rendkívül ritka.

Amennyiben szövődmény nem jelentkezik, két napos megfigyelés után távozhat otthonába a beteg.

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

**Endoscopos teljes falvastagságú resectio**

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (302. 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 feljánlott 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