



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ**

**Endoscopos ultrahang vezérelt célzott vékonytű biopsziás beavatkozás**

**Kedves Páciensünk!**

Az endoscopos ultrahangos vizsgálat során a nyelőcső, a gyomor, vagy a patkóbél falán „átlátva” annak környezetét tudjuk vizsgálni közvetlen közletről egy az endoscop végéhez csatlakoztatott ultrahangos fej segítségével. A vizsgálat sok esetben az egyéb képalkotó módszereknél /hagyományos hasi UH, CT, MRI/ részletesebb képet nyújt a környéki kóros elváltozásokról, emellett lehetőséget ad célzott szövettani, vagy cytológiai mintavételre. Ez a daganatra gyanús elváltozások jó, vagy rosszindulatú voltának eldöntéséhez nélkülözhetetlen.

Endoscopos ultrahangos vezérléssel vett biopszia során a kb. 1 mm átmérőjű mintavételi tű útja rendszerint folyamatosan és pontosan követhető, ami nagyban fokozza a mintavétel biztonságosságát.

Biopszia történhet CT, vagy hasfalán át történő /un. transzabdominalis/ ultrahang vezérléssel is. Azt, hogy melyik módszert választjuk, az elváltozás elhelyezkedése, mérete, az egyes módszerek aktuális alkalmazhatósága, elérhetősége, biztonságossága szabja meg.

Kezelőorvosa Ön esetében az endoscopos ultrahangos vezérléssel történő mintavételt javasolja.

A beavatkozás előtt a psychés feszültség csökkentésére, amennyiben elfogadja, intravénásan nyugtató hatású szert adunk be, ami nem altató, így a vizsgálat során végig tudatánál lesz, de a szorongást, a vizsgálatjal járó kellemetlenséget csökkenti.

Helyi érzéstelenítő spray-vel a torok-garat képleteket érzéstelenítjük, ez az Ön számára megkönnyíti az endoscop lenyelését.

A beavatkozás időtartama átlagosan 15-20 perc.

Az endoscopos ultrahangos készülék levezetése után megkeressük az elváltozást, majd a speciálisan erre kifejlesztett vékony mintavételi tűvel - attól függően, hogy az elváltozás hol helyezkedik el - a nyelőcső, gyomor, vagy patkóbél falát átszúrva, folyamatos ultrahangos kontroll mellett mintát veszünk. A mintavétel fájdalommal nem, néha minimális kellemetlenségérzéssel járhat.

A nyert szövettani, vagy cytológias mintát vizsgálatra küldjük, melynek várhatóan 10-14 nap múlva lesz eredménye. A minták az esetek kb. 90 %-ában biztosítják a pontos diagnózist.

A beavatkozás biztonságos, szövődmény ritkán, a beavatkozások 1-2 %-ában fordul elő.

A szakirodalomban említett gyakoribb szövődmények: gyulladás, vérzés, nyelőcső-, gyomor-, vagy bélfal kilukadás (perforáció), hasnyálmirigy gyulladás, kapuvéna thrombosis.

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 ultrahang vezérelt célzott vékonytű biopsiás beavatkozás**

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (305. 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