



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ

### Endoscopos papillectomia

#### Kedves Páciensünk!

Az „endoscopos papillectomia” az epe- és hasnyálmirigy vezeték patkóbélbe való beszájadzása közvetlen környékén kialakult jó, vagy rosszindulatú daganat endoscopos eltávolítását jelenti. A daganat eltávolításának másik lehetséges módja a műtét.

A papilla jóindulatú daganata évek alatt az esetek kb. felében rosszindulatú daganattá, rákká alakul át, ez indokolja eltávolítását.

A beavatkozást oldalra tekintő optikájú tükröző eszközzel /duodenoscoppal/ végezzük. Az endoscopot levezetjük a patkóbélbe, majd felkeressük az epe- és hasnyálmirigy vezeték szájadékából, a vezetékek záróizomzatából és az azt borító nyálkahártyából álló ún. Vater papillát, ill. az ezen kialakult daganatot. Az endoscop munkacsatornáján keresztül lasszóhoz hasonló ún. polypectomiás hurkot vezetünk le, a daganatot a hurokba befogjuk és elektromos áram segítségével levágjuk, eltávolítjuk. Az esetek egy részébe néhány cm-es műanyag cső /stent/ kerül behelyezésre a hasnyálmirigy és/vagy az epevezetékbe, melye/ke/t kb. 2 héttel a beavatkozás után el kell távolítani.

A beavatkozás a magas kockázatú endoscopos beavatkozások közé tartozik, azonban a műtéti megoldáshoz képest alacsonyabb a szövődményráta. A szakmai ajánlások a kisebb szövődménykockázat miatt – megfelelő feltételek megléte esetén - egyértelműen az endoscopos eltávolítást javasolják a műtéti megoldással szemben.

Az endoscopos papillectomia szövődményráta 8-35 % közötti. A leggyakoribb szövődmény a heveny hasnyálmirigy gyulladás /5-15 %/, mely legtöbbször enyhe lefolyású. Vérzés a beavatkozások 2-16 %-ában fordul elő, rendszerint endoscopos módszerrel csillapítható. Epeúti, vagy hasnyálmirigy vezeték szűkület 0-8 %-ban fordul elő, endoscoposan kezelhető. A szövődmények miatt 0,4 %-ban /0-7 %/ fordul elő halálozás.

Ezzel a módszerrel 100 beteg közül kb. 85-ből teljes egészében sikerül a daganatot eltávolítani.

A beavatkozás kockázatának csökkentése céljából kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Szed-e véralvadást befolyásoló gyógyszert?	igen	nem
Vérékeny-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

**Endoscopos papillectomia**

invasív eljárásra vonatkozóan.

1. Kijelentem, hogy alul nevezett vizsgálatot végző orvostól részletes tájékoztatást kaptam szóban és a fenti (306. 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 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

Döntőképés (cselekvőképés), de írásképtelen beteg fenti közlésének tanúi:

1 .....

2 .....

.....  
név, lakcím

.....  
név, lakcím