



A DOKUMENTUM 2 OLDALBÓL ÁLL

Osztály/részleg: _____

Beteg neve: _____

Születési idő: _____ TAJ szám: _____

TÁJÉKOZTATÓ A BEAVATKOZÁSRÓL

1. Kezelőorvosom felvilágosított arról, hogy a felső tápcsatorna endoszkópos (gasztrószkópia) vizsgálata betegségem felderítéséhez szükséges. Tájékoztatót kaptam arra vonatkozólag, hogy az eljárás célja, a nyelőcső, a gyomornyálkahártya és a nyombél esetleges elváltozásainak felismerése. A vizsgálatot egy hosszú, hajlékony műszerrel (endoszkóppal) végzünk.

2. **A beavatkozás előnyei:**

- Ha a nyelőcső, gyomor, nyombél megtekintés lehetővé válik, akkor az ott jelentkező betegségek felderíthetőek, szükség esetén kezelhetőek.
- Endoszkópos gyógykezelésre is lehetőség van (pl. vérzéscsillapítás, polip eltávolítás, idegentest kivétel)
 - Rövid idő alatt a beteg pontos diagnózist és leletet kap.
 - Szövetteni mintavétellel a betegség rövid időn belül azonosítható.
 - Bizonyos esetekben a beteg műtéti beavatkozások alól mentesül.

3. **A beavatkozás kockázatai, szövődményei:**

- Érzéstelenítő szer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenységi reakció.
- Beavatkozással kapcsolatosan vérzés vagy perforáció alakulhat ki.
- Epilepsziás roham vagy szívritmuszavar következhet be.
- A tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt (10 000 vizsgálatból átlagosan 1 esetben) sürgős műtét válhat szükségessé.

Az esetleges szövődmények ellátására intézményünk felkészült, az esetleges szövődményeket a lehető legrövidebb időn belül elhárítja.

A szövődmények elkerülése érdekében, kérjük, válaszoljon a keretben látható kérdésekre:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
Tud-e vérzékenységről?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
Szed-e véralvadásgátló gyógyszert?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
Volt-e eszméletvesztéssel járó görcsroham?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
Van-e beültetett szívritmus szabályzója?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
Fennáll-e terhesség gyanúja?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
Van-e egyéb betegsége?	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A betegség megnevezése:		

4. **A vizsgálat elmaradásának lehetséges előnyei:** A vizsgálat elmaradásának nincs előnye.

5. **A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata, szövődményei:**

Daganatos, gyulladós, fekélyes betegségek diagnosztizálásának legbiztosabb módszere a tükrözéses vizsgálat, amely kellő időben elvégezve biztosíthatja a gyógyulást, ezért halogatása kockázatos lehet.

6. **Mi várható a vizsgálat során?**

A vizsgálat veszélytelen. Fájdalom nem várható, de torkában (gombócérzés) lehet kb. 1 órán át, amely az érzéstelenítő következménye.

7. **Tanácsok a vizsgálatot követő időszakra:**

Amennyiben nyugtató injekciót kapott, aznap nem ajánlatos gépjármű vezetése. Bágyadtságérzés, álmodás jelentkezhet.

(folytatás a következő oldalon!)



8. Garatérzéstelenítés után kérjük ne egyen és ne igyon.
Amennyiben a vizsgálat után szokatlan panasz vagy tünet jelentkezne, forduljon vizsgáló orvosához, illetve a vizsgálatot végző osztályhoz!
Szükséges lehet diétára vonatkozó javaslat, életmódbeli tanácsadás, melyet személyre szabott szóbeli tájékoztatás formájában biztosítunk

A beavatkozáshoz adott beleegyező nyilatkozatát bármikor jogában áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Tájékoztatjuk, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapján a beteget megillető önrendelkezési joga, illetve az ellátás visszautasítására való joga -kizárólag törvényben meghatározott módon és esetekben- korlátozható.

Kiskunhalas, 20_____

tájékoztatót végző orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELVÉGZÉSÉHEZ

Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és szóban is teljes körű tájékoztatást kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre, hogy a fentiek elfogadásáról szabadon dönthessek. A feltett kérdéseimre megfelelő, érthető választ kaptam. Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba beleegyezem.

Tájékoztatót kaptam arról is, hogy a beavatkozáshoz adott beleegyező nyilatkozatomat bármikor jogomban áll visszavonni, azonban a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20_____

orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

NYILATKOZAT A BEAVATKOZÁS ELUTASÍTÁSÁRA

A fenti tájékoztatást elolvastam, megértettem és a teljes körű írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján tudomást szereztem arról, hogy jogom van a beavatkozás elutasítására.

Tisztában vagyok azzal, hogy a beavatkozás elmaradása esetén milyen következménnyel számolhatok. és azzal, hogy kezelőorvosomat nem terheli felelősség, a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Nyilatkozatommal megerősítem, hogy a felajánlott beavatkozásba nem egyezem bele.

Tájékoztatót kaptam arról is, hogy a beavatkozás visszavonására vonatkozó nyilatkozatomat bármikor, alaki kööttség nélkül visszavonhatom.

Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában, szabad akaratomból tettem, elolvasás után mint, akaratommal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag saját kezemmel írtam alá.

Kiskunhalas, 20_____

orvos aláírása, pecsét

beteg vagy törvényes képviselő aláírása