



A DOKUMENTUM 2 OLDALBÓL ÁLL

Osztály/részleg: _____

Beteg neve: _____

Születési idő: _____ TAJ szám: _____

TÁJÉKOZTATÓ A BEAVATKOZÁSRÓL

1. Kezelőorvosom felvilágosított arról, hogy az alsó tápcsatorna endoszkópia (colonoscopia) vizsgálat betegségem felderítéséhez szükséges. Tájékoztatást kaptam arra vonatkozólag, hogy az eljárás célja, hogy felismerjék a vastagbél rendellenességeit, a kóros területből mintát vegyenek, (a mintavétel fájdalomtalan, semmilyen kellemetlenséggel nem jár) vagy gyógyító beavatkozást végezzenek (pl. vérzéscsillapítás, polyp eltávolítás). Tudomásul veszem, hogy a colonoscopia elvégzéséhez írásos beleegyezés szükséges
2. **A beavatkozás előnyei:**
A vastagbélben előforduló betegségek felderítése direkt megtekintéssel a leghatékonyabb.
A vizsgálat során szövettani mintavételre is lehetőség van.
Segítségével kisebb műtét is elvégezhető (pl. polyp eltávolítás, vérzéscsillapítás)
Rövid idő alatt pontos diagnózis állítható fel.
Bizonyos esetekben a beteg hasműtétektől mentesülhet.
3. **A beavatkozás kockázatai, szövődményei:**
Az előkészítő hashajtással összefüggően folyadékvesztés következhet be.
Az előkészítő gyógyszerek iránti túlérzékenység jelentkezhethet.
Epilepsiás roham, illetve szívritmuszavar következhet be.
A beavatkozás során bélvérzés vagy perforáció alakulhat ki tükrözéses szövődmény miatt (1000 vizsgálatból átlagosan 1 esetben) sürgős műtét válhat szükségessé.

Az esetleges szövődmények ellátására intézményünk felkészült, az okok elhárítását a lehető legrövidebb időn belül megkezdjük.

A szövődmények elkerülése érdekében, kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről?	IGEN	NEM
Tud-e vérzékenységről?	IGEN	NEM
Szed-e véralvadásgátló gyógyszert?	IGEN	NEM
Tud-e eszméletvesztéssel járó görcsrohamról?	IGEN	NEM
Van-e beültetett szívritmus szabályzója?	IGEN	NEM
Fennáll-e terhesség lehetősége?	IGEN	NEM
Van-e egyéb betegsége?	IGEN	NEM

A betegség megnevezése:

4. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnye:

A beavatkozás elmaradásának nincs előnye.

5. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata, szövődményei:

Daganatos, gyulladással, fekélyes betegségek diagnosztizálásának legbiztosabb módszere a tükrözéses vizsgálat, halogatása kockázatos lehet.

(folytatás a következő oldalon!)



6. Mi várható a vizsgálat során?

Hasban átmenetileg feszülő érzés, bélgörcsök jelentkezhetnek.

A vizsgálat alatt hányinger, hányás előfordulhat. Mindezek gyorsan megszűnnek.

A béltükrözés (kolonoszkópia) vizsgálat előkészítéséhez az írott betegtájékoztatót megkaptam.

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

Tájékoztattuk, 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 tájékoztatót 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 beleegyző 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 tájékoztatót 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 kötöttség 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