

### Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat hasnyálmirigy, epeutak endoszkópos vizsgálata (ERCP) során

#### Tisztelt Betegünk!

Ez a vizsgálat lehetővé teszi, hogy az orvos felismerjen egyes betegségeket, melyek a hasnyálmirigyet és/vagy az epeutakat érintik. Bizonyos gyógyító beavatkozások is elvégezhetőek ezen eljárás során, pl. epeútkő eltávolítás, epeút áttisztítás, epevezeték kezdeti szakaszának bemetszése, stb.

A vizsgálat előtt éjjeltől sem enni, sem folyadékot fogyasztani nem szabad! A reggeli szokásos gyógyszereinek bevételéről kérdezze meg kezelőorvosát!

A vizsgálat **szájon keresztül történik** a garat helyi érzéstelenítését követően. Röntgen ellenőrzés alatt, fekvő helyzetben egy hajlékony optikai műszert (endoszkópot) vezetünk a szájon át a gyomorba és a nyombélbe. A vizsgálathoz jódtartalmú kontrasztanyag adása szükséges, ezért jóderzékenységét kérjük előre jelezze! A garat érzéstelenítése Lidocain spray-vel történik, kérjük, jelezze, ha érzékeny rá! Jelezze, ha bármilyen vérhígító gyógyszert szed vagy pacemakert visel, ha szívbillentyűműtéten esett át vagy egyéb szívbillentyű-betegségben szenved! A vizsgálat a légzést nem zavarja, lényeges fájdalommal nem jár. Kérjük, ezen időszak alatt az orrán keresztül vegye a levegőt és a szájában keletkezett nyálát ne nyelje vissza, mindent engedjen kicsorogni a szája elé helyezett pelenkába.

A vizsgálat elvégzéséhez szükséges gyógyszerekről a vizsgálatot végző orvos dönt.

A **vizsgálat után** az orvos utasításáig nem étkezhet, nem fogyaszthat folyadékot.

A beavatkozás többnyire **szövődménymentes**, de ritkán előfordulhatnak szövődmények: pl. gyógyszerek iránti túlérzékenység, nyálkahártya sérülés, steril hasnyálmirigy-gyulladás alakulhat ki. Ezek a szövődmények azonban nem gyakoriak. Még ritkábban súlyosabb szövődmény is kialakulhat, ami akár intenzív osztályos ellátást, műtéti eljárást von maga után (pl. a papilla bemetszése során vérzés, ill. perforáció keletkezhet).

Ha a vizsgálat után görcsös hasi fájdalom lépne fel, vagy fekete székletet észlelne, azonnal jelezze!

#### **Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében kérjük, hogy aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre:**

1. Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről? Nem      Igen  
(Ha igen, mely szerre?)

.....

2. Tud-e vérzékenységről vagy valamilyen vérképzőrendszeri betegségről?  
Nem Igen

3. Szed-e véralvadásgátló gyógyszert Nem Igen

4. Van-e valamilyen említésre méltó betegsége (szív-, érrendszeri, légzőszervi betegség, epilepszia, zöldhályog, cukorbetegség)  
Nem Igen  
(Ha igen, milyen betegség?)

.....

Tud-e terhességről? Nem Igen

Van-e beültetett szívritmus-szabályozója? Nem Igen

5. Tud-e valamilyen idült fertőző betegségről (májgyulladás, AIDS)? Nem Igen

Amennyiben a vizsgálattal kapcsolatban bármiféle kérdése lenne, kérjük, tegye fel kezelőorvosának, illetve a vizsgálatot végző orvosnak!

### Beleegyező nyilatkozat emésztőrendszeri tükrözéses (endoszkópos) vizsgálathoz

Alulírott,....., sz.idő:.....,

lakcím:.....

beleegyezem abba, hogy a betegtájékoztató elolvasását és megfelelő szóbeli tájékoztatást követően, a tükrözéses vizsgálatot és ennek során szükséges beavatkozásokat elvégezzék.

Orvosom, Dr. .... tájékoztatott egészségi állapotomról, annak értékeléséről, a tervezett beavatkozás céljáról, módjáról, előnyeiről és kockázatairól, az esetlegesen választható egyéb beavatkozásokról és azok lehetséges kockázatairól. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyulásumat. A szóban feltett kérdéseimre a kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam. Minden elhangzott és elolvasott tájékoztatást teljes egészében megértettem, tudomásul vettem, további vagy bővebb tájékoztatásról kifejezetten lemondok. Tudomásom van róla, hogy beleegyező nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során szükség esetén mintavétel, képi dokumentáció rögzítése történjen.

Szekszárd, .....  
dátum

.....  
beteg / törvényes képviselő aláírása

Aláírással igazolom, hogy a beteget részletesen tájékoztattam a tükrözéses vizsgálat céljáról, módjáról és a beavatkozás esetleges veszélyeiről:

.....  
kezelőorvos aláírása  
P.H.