

Betegtájékoztató, beleegyező nyilatkozat vastagbéltükrözés során

Tisztelt Betegünk!

Ez a vizsgálat lehetővé teszi, hogy az orvos felismerje a vastagbélben előforduló rendellenességeket és szükség esetén szövetmintát vegyen (a mintavételt nem érzi).

Bizonyos gyógyító beavatkozások is elvégezhetőek, pl.: vérzéscsillapítás, polipok eltávolítása (elektromos kacs segítségével), szűkületek tágítása, stb.

A vizsgálatot csak megfelelően kivitelezett béltisztítást követően tudjuk elvégezni.

A reggeli szokásos gyógyszereinek beviteléről kérdezze meg kezelőorvosát!

A **vizsgálat** fekvő helyzetben történik. Az orvos a végbélen keresztül egy hajlékony optikai műszert vezet a vastagbélbe. A belet levegővel tágítjuk fel, ami székelési ingert, esetleg hasi görcsöket okozhat.

Jelezze, ha bármilyen vérhígító gyógyszert szed vagy pacemakert visel, ha szívbillentyűműtéten esett át vagy egyéb szívbillentyű-betegségben szenved!

A vizsgálat elvégzéséhez szükséges gyógyszerekről a vizsgálatot végző orvos dönt.

Mintavétel (biopszia), polipeltávolítás, szűkületek tágítása esetén, 24 órán belül jelentkező kisebb vérzés nem jelent feltétlenül kórosat. Ismétlődő, egyre nagyobb mennyiségű, friss piros vérzés jelentkezése esetén, ill. néhány órát meghaladó, erős fennálló hasi görcsök esetén háziorvosi ügyeleten vagy Sürgősségi Osztályon jelentkezzen megfigyelésre!

A beavatkozás többnyire **szövődménymentes**, de igen ritkán előfordulhatnak szövődmények, pl. nyálkahártya sérülés, vérzés, bélyukadás, az alkalmazott gyógyszerek iránti érzékenység. Ezek a szövődmények azonban nem gyakoriak.

A vizsgálat után az orvos utasításáig nem étkezhet, folyadékot nem fogyaszthat!

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében tisztelettel 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.