



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)

**MŰTÉT GYOMOR BÉLTRACTUSBÓL SZÁRMAZÓ
VÉRZÉS KEZELÉSÉRE**

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

I. Beavatkozás megnevezése:

Műtét gyomor-béltractusból származó vérzés kezelésére

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Többször ismétlődő, vagy gyógyszeres kezelésre nem szűnő vagy igen jelentős, keringést megingató shockírozó vérzés műtéti beavatkozást tesz szükségessé. A műtét során a vérzésforrás megszüntetése, az újravérzés lehetőségének csökkentése történik, ami járhat pl. a vérzés aláöltésével pl. nyom bélgyomorfekély, vérző aranyér, stb. ill. a vérző terület eltávolításával pl. gyomor részleges eltávolítása, vékonybél szakasz eltávolítása, vastagbél részleges eltávolítása stb. Igen ritkán a vastagbélből származó vérzés esetén átmenti, un. vendégnyílás készítésére van szükség, amit néhány hónappal a műtét után újabb műtéti beavatkozással zárni lehet. Az újravérzés valószínűségét csökkentő műtéti beavatkozás a bolygóideg átvágása. Ezzel a későbbi gyomorsavtermelést, gyomornedvképződést gátoljuk, azaz a vérző gyomor vagy nyombélfekély gyógyulását segítjük elő.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

Életminőség javulása, egészség visszanyerése, fájdalom megszűnése.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

A leggyakoribb műtéti szövődmények közül a sebgyógyulást, varratelégtelenséget újravérzést említjük meg, ez utóbbiak kialakulásánál ismételt műtéti beavatkozásra lehet szükség.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

Bizonyos műtéti kockázatokat nem kell vállalni.

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A beavatkozás elmaradása az életet közvetlenül veszélyeztető vérzés kialakulásához vezethet, melyet az elveszített vér pótlásával már nem lehet kezelni, a kialakuló shockos állapot végül a beteg halálához vezethet.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:

Húgyhólyag katéter behelyezés, centralis vénás kanül behelyezés, gyomorszonda levezetése.



VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

A vérzés megszűnését konzervatív terápiától – csak gyógyszeres kezelés – és /vagy műtéti beavatkozástól várjuk. A konzervatív kezelés áll: infúzió vérzéscsillapító gyógyszerek, savcsökkentők adásából, gyomorszonda levezetéséből, állandó katéter felhelyezéséből, szoros vérnyomás és pulzus, ill. vérkép ellenőrzésből. Általános állapota, labor, kontroll vizsgálatok alapján vérképzőműnyek adására lehet szükség. Az orrán át levezetett gyomorszondán keresztül észlelhető leghamarabb az újbóli vérzés előfordulása, ezért a szonda levezetése igen fontos, bármennyire kellemetlen is.

A műtéti beavatkozás szükségessége a vérzés mennyiségétől-dinamikájától, keringést megterhelő hatásából függ. Bizonyos esetekben a vérzésforrás a nyelőcső-gyomor határán lévő kitágult, nagy megrepedt véna lehet, amely különleges kezelést un. Ballonszonda levezetését teszi szükségessé. Ezt szintén az orron keresztül vezetjük le a nyelőcsövön át a gyomorba, majd a rajta levő ballonokat részben a gyomorban, részben a nyelőcsőben felfújjuk, amelyek a megrepedt visszereket tamponálják, és a vérzést így megszüntetik.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

Gyógyulás, egészségi állapot javulás, életminőség javulása.

X. Beavatkozást követő életmód:

Hat hétig a fizikális megerőltetéstől, haspréstől tartózkodjon, a műtéti sebet tisztán és szárazon tartsa, a javasolt gyógyszereket alkalmazza.

II. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: OEP kód:.....

Beteg neve:

Születési ideje: TAJ száma:.....

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

.....
.....
.....

A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata a Beteg esetében:

.....
.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:

További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:

A beteg kérdései:

A kérdésekre adott válaszok:

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéniessített, teljes körű tájékoztatást** a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest,

A beavatkozást végző orvos neve:
aláírása, pecsétje

Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógymód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.



A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:

1. E nyilatkozatot a Budapesti Szent Margit Kórház keretében kezelt [Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]
- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosi indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** (ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)

.....
.....
(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körütekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.

8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.



10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírással is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.
A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.**

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató tartalmát **megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.**

Kelt: Budapest,
.....
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....
Tanúk (*név/aláírás/lakcím*) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.
.....
2.
.....

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késsedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest,

.....
beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
osztály-/ügyeletvezető orvos
aláírása, pecsétje