

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

PERKUTÁN ENDOSZKÓPOS GASZTROSZTÓMIA
(PEG)

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:

perkután endoszkópos gasztrosztómia (PEG)

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A perkután endoszkópos gasztrosztómia (PEG) során egy műanyag tubus (PEG-tubus) kerül beültetésre a hasfalon át a gyomorba a táplálhatóság biztosítása érdekében olyan esetekben, amikor a beteg önmagától képtelen a szájon keresztüli táplálék bevitelre és várhatóan ez az állapot hosszabb ideig változatlan marad. A beavatkozás előtt nem szedhet vérelmezke-működést gátló gyógyszereket (ezek hatóanyagai pl. aspirin, clopidogrel, ticlopidin) a beavatkozást megelőző 5 napon belül. Véralvadást gátló kezelés (pl.: acenocumarol, warfarin, heparin, alacsony molekulású heparin) hatása alatt nem állhat a beavatkozás alatt. Amennyiben a felsorolt gyógyszerek valamelyikét használja, azok felfüggesztését, helyettesítését mindenképpen kezelőorvosával kell megbeszélnie. A beavatkozás elvégzéséhez egy hétnél nem régebbi laborvizsgálatok is szükségesek (vérkép, PTR, aPTI). A vizsgálat éhgyomorral történik, ezért a vizsgálat előtt 6-8 órával a szondatáplálás felfüggesztése szükséges.

A beavatkozás menete: A beavatkozás intravénás Dormicum premedikáció után történik. Éhgyomorral a garat helyi érzéstelenítését követően (Lidocain spray) a gastroscopot a nyelőcsövön át a gyomorba vezetjük. A hasfalat fertőtlenítjük, izoláljuk. A punctio helyét transzilluminációval kijelöljük. A hasfal rétegeit Lidocain injekcióval érzéstelenítjük. Bőrmetszés után, endoscopos ellenőrzés mellett a hasfalat speciális trokárral átszúrjuk. A vezető tű eltávolítása után az áthúzó fonalat a gyomorba vezetjük, majd azt biopsziás fogóval való megragadás után, a gastroscoppal együtt a szájon át kihúzzuk. Az áthúzó fonalat a tápláló kanülhöz kötjük, majd a nyelőcsövön át a gyomorba húzzuk és a hasfalon áthúzzuk. Ezt követően a szondát a gyári applikátorral a hasfalhoz rögzítjük. A szúrás helyét steril mullappal lefedjük. A beavatkozás várhatóan 20–30 percet vesz igénybe.

A beavatkozás után kórházi megfigyelés szükséges. Legkorábban a vizsgálat után 6 órával lehet megkezdeni víz adását a PEG-tubuson keresztül (folyamatos adást javasolunk 20–30 ml/óra sebességgel), majd másnap reggeltől panaszmentesség esetén a szondatáplálás fokozatosan bevezethető (a tápszert kezdetben folyamatosan célszerű adagolni, és csak napokkal később ajánlatos áttérni a szakaszos adagolásra). Dietetikussal történő konzultáció javasolt a megfelelő minőségű és mennyiségű tápszert kiválasztásához.



III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

-

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázatai:

Érzéstelenítőszer illetve a nyugtató iránti túlérzékenység lehetséges. Enyhe szövődmények viszonylag gyakran előfordulnak, ilyenek az enyhe, és a beavatkozás során szűnő vérzés, az érzéstelenítés ellenére fellépő fájdalom, a PEG-behelyezést követően kialakuló enyhe sebgyulladás és a tubus mellőli szivárgás. Amennyiben a vizsgálatot tapasztalt szakember végzi, a súlyos szövődmények ritkák (1000-ból néhány esetben további beavatkozást igénylő vérzés, a seb súlyos befertőződése, szövődmények ellátása érdekében sürgős műtét, a gyomor és a hasfal közé kerülő szerv (pl. vastagbél) sérülése, légzési és/vagy keringési elégtelenség alakulhat ki). Amennyiben a tubus a behelyezést követő 2–3 héten belül kerül akaratlanul eltávolításra, annak súlyos hashártyagyulladás lehet a következménye.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

-

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

A nem megfelelő táplálékfelvétel következtében alultápláltság (fogyás), súlyos tápanyaghiány, szervek tömegének megfogyatkozása, működésének romlása léphet fel.

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

-

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Nasogastricus tápszonda levezetés és ezen keresztül történő szondatáplálás. A beteg orrlyukán bevezetett szonda max. 4-6 hétig használható, gyorsan keményedik, a beteg orrlyukát irritálja, általában hetente cserélni kell. Sebészi gastrotubus képzése.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

-

X. Beavatkozást követő életmód:

-

II. BELEEGYZŐ 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 kockázatai 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 **egyéniesített, 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 orvosilag 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 körültekintés 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 döntsék a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal 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