



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

G A S T R O S C O P I A

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:

Gastroszkopia/Gyomortükrözés

Cél:

- a nyelőcső, gyomor és nyombél rendellenességeinek felismerése,
- szövettani mintavétel
- gyógykezelés elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polyp levétel, stb.)

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Éhgyomorra, a garat helyi érzéstelenítése után egy hajlékony műszer kerül levezetésre a szájon át a nyelőcsőn, gyomron keresztül a nyombélbe. Szükség esetén a beteg nyugtató injekciót kaphat. A vizsgálat fájdalommentes, ideje kb. 3-15 perc

A vizsgálat után:

- ha a beteg nyugtatót injekciót kapott, aznap semmilyen járművet nem vezethet, felelősségteljes döntést nem hozhat, szűrő-vágó szerszámmal nem dolgozhat, kiskorúra nem felügyelhet, rövid megfigyelés után csak kíséreléssel engedhetjük haza.
- a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 óráig nem étkezhet, folyadékot a félrenyelés veszélye miatt nem ihat.
- szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához ill. a vizsgálatot végző osztályhoz.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A nyelőcső, a gyomor és a nyombél területén látható elváltozások felismerése

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

- az érzéstelenítőszer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység
- a beavatkozással kapcsolatos vérzés
- a tükrözés művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 10.000 vizsgálatra átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

–

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A nyelőcső, a gyomor és a nyombél területén található elváltozások nem kerülnek felismerésre.

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



-
VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

-
IX. A beavatkozás várható kimenetele:

-
X. Beavatkozást követő életmód:
-

II. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: **OEP kód:**.....

Beteg neve:

Születési ideje: **TAJ száma:**.....

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében **KÉRJÜK, HOGY ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:**

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: nem – igen

Tud-e vérzékenységről: nem – igen

Szed-e véralvadásgátló gyógyszert: nem – igen

Van-e epilepsziája: nem – igen

Van-e zöld hályogja: nem – igen

Van-e beültetett szívritmus szabályozója: nem – igen

Fennáll-e terhesség: nem – igen

Van-e egyéb említésre méltó betegsége: nem – igen

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának vagy asszisztensnek.

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 **egyeniesített, 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,

Kezelőorvos neve:
aláírása, pecsétje

A beavatkozást végző orvos neve:
aláírása, pecsétje

Endoszkópos szakasszisztens neve:
aláírása



Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógy mód 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 gyógy módok 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 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 döntsék 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 késedelemmel 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