

***Endoszkópos gyomorvizsgálathoz***

***tájékoztató és beleegyező nyilatkozat***

***EG-530NPtransnasalis ,EG-530FPnorm.gastro,EG-530Dterápiás***



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név:** | **Szül.:** | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | | | ***TAJ:*** | |  | | |
| **Diagnózis:** | **Tápszonda:**  **6F 8F 10F** | **Dátum:2020.08.04.** |
| **Premedikáció:**  **Dolargan Buscopan Dormicum Atropin** | **Transnasalis**  **Diagnosztikus** | **Nyelőcső fémstent:**  **Duodenum fémstent::** |

□**PEG....................................** □**Kefecytológia**□ **Cukorbetegség:................................................................**

□**CAVE, ha igen mi:………………………………**□ **Véralvadásgátló gyógyszer:............................................**

□ **Vérzékenység**□ **Zöldhályog**□ **Szívritmus szabályozó**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vércsoport:** | **INR:** | **PLT:** |

***Beteg beleegyezése***

Ez egy jogi dokumentum, kérjük alaposan nézze át! Tudomásul veszem, hogy a mai napon nem vehetek részt aktívan a közlekedésben (nem vezethetek járművet) és nem dolgozhatok veszélyes munkahelyen. A fenti endoszkópos eljárást, valamint bármely további, szükségessé váló eljárást vagy kezelést kezelőorvosom teljes mértékben elmagyarázta nekem. Választ kaptam minden olyan kérdésemre, amelyeket fontosnak tartottam a javasolt eljárások természetével és céljával és a bennük rejlő kockázatokkal és lehetséges komplikációikkal kapcsolatban. Nincs további kérdésem és úgy érzem, az adott tanácsadás kielégítő volt. Ezért, miután kellő idő állt rendelkezésre a döntésem megfontolására, ezennel hozzájárulok, és kérem, hogy a javasolt eljárást vagy kezelést rajtam elvégezzék! Ezennel véglegesen beleegyezem abba is, hogy az orvos elvégezzen bármely további vagy rákövetkező eljárást vagy kezelést a vizsgálat során, amely szükségessé válhat (vérzéscsillapítás, mintavétel), még ha nem is volt előre látható. Beleegyezem a vérátömlesztésbe is, ha orvosilag szükséges.

Kérem és ezennel hozzájárulok, hogy a rajtam tervezett endoscopos beavatkozást a kezelőorvos által javasolt komplex bódítást és fájdalomcsillapítást szolgáló gyógyszeres előkezelés segítségével végezzék el, pulzoxyméteres ellenőrzés mellett, az eközben szükségessé váló eszközös vizsgálatokat, beavatkozásokat végrehajtsák és a beavatkozás közben felmerülő, újabb szakmai szempontoknak megfelelően szükség esetén a bódítás és fájdalomcsillapítás módszerén változtassanak.

Bp.2020.

……………………… ………………………………..

Hely/dátum/idő Beteg aláírása

………………………………… ………………………………..

Vizsgáló orvos Vizsgáló asszisztens

***Beleegyezés megtagadása esetén***

A konzultáció után a beteg megtagadta a javasolt eljárásba való beleegyezését. A betegtájékoztatást kapott a visszautasítás miatt lehetséges orvosi következményekről.

………………………………… ………………………………..

Hely/dátum/idő Beteg aláírása

**A vizsgálat**

A vizsgálat során egy vékony, hajlékony eszközt (gasztroszkóp) kerül levezetésre szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a nyombélbe, mely erős fényforrást és elektromos képtovábbító rendszert tartalmaz. Segítségével a nyálkahártya képe monitor képernyőjére továbbítható, szükséges esetben rögzíthető. A vizsgálat alatt a jobb képalkotás érdekében levegőt fújunk be, mely esetleg okozhat kellemetlen puffadást, teltség érzetet. Szükség esetén biopsziás mintavételre, vérzéscsillapításra, polyp-eltávolításra, szűkületek tágítására, öntáguló stent, vagy tápszonda, illetve bőrön keresztüli tápláló tubus lehelyezésre is van mód. A vizsgálat kimutatja a nyelőcső, gyomor és nyombél fekélyes, gyulladásos, daganatos elváltozásait, melyek hasi fájdalmai hátterében állhatnak.

**A beavatkozás**

A beteg a vizsgálat előtt intravénás nyugtató, és/vagy helyi érzéstelenítő adásában részesül, mely jelentősen csökkenti a beavatkozás alatt jelentkező szorongást és kellemetlen panaszokat. A beteg a vizsgálat alatt eszméleténél van. Az orvos levezeti a hajlékony endoszkópot szájon keresztül. Az orvos és az endoszkópos asszisztens folyamatos informálja és instruálja a beteget, ezért a kooperáció nagyban segíti a vizsgálatot és rövidíti a vizsgálat idejét. Általában a beavatkozás 15-30 percet vesz igénybe, de komplikált esetben hosszabb ideig is tarthat.

**Lehetséges komplikációk**

A tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény előfordulási valószínűsége minimális (10.000 vizsgálatból 1 esetben), ezek miatt ritkán sürgős műtét válhat szükségessé (érzéstelenítőszer, vagy nyugtató injekció iránt túlérzékenység, szövetminta vételkor kisebb vérzés, műszer okozta sérülés)

**Vizsgálat előtt**

A vizsgált előtt 6 órán keresztül nem ehet és nem ihat. Az egészségügyi személyzetet köteles tájékoztatni a komolyabb betegségeiről (cukorbetegség, magasvérnyomás, szívbillentyű betegség, terhesség), valamint az állandó gyógyszereiről (véralvadás gátlók, vérlemezke gátlók és allergia ellenes készítmények). Kerülje a vizsgálat előtti dohányzást, alkohol fogyasztást és nyugtatók szedését. A vizsgálatra kísérővel érkezzen.

**Vizsgálat után**

Amennyiben kapott helyi érzéstelenítőt, ennek hatása kb. 1 órán keresztül tart. Ezen idő alatt kerülje az étel és folyadék fogyasztását, mivel a hatása alatt nehezített a nyelés. Intravénás szer adása után tilos veszélyes munkakörben dolgozni, tilos gépjárművet vezetni és egyedül tömegközlekedésben részvenni a nap hátralevő részében, ezért a vizsgáltra kísérővel kell érkezni. A vizsgálat napján nem ihat alkoholt, a vizsgálatot követően kiskoruak felügyeletét nem vállalhatja. A vizsgálatot után szükség lehet egy, vagy több napos kórházi bentfekvésre.



