



## BELEEGYZŐ NYILATKOZAT NYELŐCSÖVÖN KERESZTÜL VÉGZETT SZÍVULTRAHANG VIZSGÁLATHOZ (TRANSOESOPHAGEALIS ECHOCARDIOGAPHIA)

Alulírott..... nyilatkozom, hogy felvilágosítottak arról, hogy nálam nyelőcsövön keresztül végzett szívultrahang vizsgálat elvégzésére van szükség.

Ennek során a garat elérsztelenítése, és az orvos megítélése szerint szükséges esetben vénás injekció formájában beadott bódító hatású szer alkalmazása után, a nyelőcsövön keresztül cső formájú ultrahangos vizsgálófejet vezetnek be, egészen a szív közelébe, és ennek segítségével végzik el az ultrahangos vizsgálatot.

Tájékoztattak a beavatkozás előnyeiről és kockázatairól; elmondták, hogy ritka esetekben a garat és/vagy a nyelőcső sérülése, igen ritka esetekben átfürödése következhet be, mely műtéti beavatkozást tehet szükségessé, és súlyos szövődményekhez vezethet (gátor elfertőződése, mely igen nehezen kezelhető súlyos betegség). Előfordulhat a fogak sérülése, fogíny sérülése, nyák, nyál félrenyelése, következményes hörgő-, vagy tüdőgyulladásal. Allergiás reakció léphet fel a helyileg, vagy vénásan alkalmazott gyógyszerrel szemben.

Elmondták, hogy kivehető, mozgatható fogpótlásomat, foghidamat, protézisemet ki kell vennem a vizsgálat előtt, tájékoztatnom kell a vizsgálatot végző orvost ismert, korábbi gyógyszerérzékenysémemről, allergiaimról. Elmondták, hogy mivel a bódító injekció után közlekedésben nem vehetek részt, ezért a vizsgálatra kísérővel kell érkezennem, aki felügyel, és aki otthonomba szállításomról, kíséretemről, felügyeletemről gondoskodik.

Elmondták, hogy az érsztelenítéshez spray-t, és/vagy injekciót használnak, mely arra érsztékenység esetén szívritmuszavart, szívmegállást, allergiás reakciót válthat ki; ezért megértettem, hogy amennyiben nálam ismert gyógyszerérzékenység, korábbi, ismert gyógyszerallergia áll fenn, különösen érsztelenítő szerekkel szemben, úgy ezt a beavatkozás előtt az orvossal közölnöm kell.

Minden kérdésemre kielégítő választ kaptam, a felvilágosítás közérthető magyar nyelven, orvosi szakszavak használata nélkül történt.

Felvilágosítottak, hogy a beavatkozás előtt kivehető fogpótlás, szemüveg eltávolítása szükséges. Egyéb protézisek, pótlások eltávolítását, vagy a miattuk alkalmazandó kiegészítő gyógyszerelést kezelőorvosom határozza meg.

Megértettem, hogy a beavatkozáshoz saját akaratomból adott beleegyezésem szükséges, melyet ezen nyilatkozat aláírásával ezennel kifejezetten megadok.

Szombathely, .....

.....

beteg

.....

orvos

Beteg születési ideje:.....

Lakcíme:.....