



INVAZÍV BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA

Alulírott (név) (szül. idő) kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat (..... név, szül. idő, rokonsági fok) az alábbi invazív beavatkozásról a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztattott:

PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMA (PEG)

1. **A beavatkozás célja:** A percutan endoscopos gastrostoma szájon keresztüli táplálási nehezítettsége vagy táplálási képtelensége esetén hosszú távú mesterséges enterális táplálás céljából történő beavatkozás.

2. **A beavatkozás menete, technikája:**

A beavatkozás előkészítése:

- a beavatkozás előfeltétele a részletes szóbeli és írásbeli felvilágosítást követően a beteg vagy hozzátartozójának írásbeli beleegyezése;
- a beavatkozást éhgyomorral (8 órás karencia) végezzük;
- a beavatkozás jó vérzési-, alvadási laborparaméterek (megfelelő prothrombin, INR szint, thrombocytaszám) mellett végezhető; amennyiben substitutio szükséges, arról a beteg kezelőorvosa gondoskodik;
- a beavatkozást megelőzően alapos száj-, fog- és garatlelet szükséges;
- a beavatkozás előtt a beteget antibiotikus profilaxisban részesítjük (rutinszerűen amoxycillin+klavunánsav, érzékenység esetén a beteg kezelőorvosa által meghatározott antibiotikum);

A beavatkozás menete:

A beavatkozás során felső páncsopiót követően endoscopos úton áthúzásos technikával a gyomor felét a hasfal bőréhez húzva ültetünk be egy műanyag tubust, amit a hasfal bőréhez kivarrunk. A műanyag tubuson keresztül történik a mesterséges táplálás.

Követés: Félévente a PEG gasztroenterológiai ellenőrzése, a behelyezett PEG-szonda előregedése miatt legalább évente annak cseréje szükséges.

3. **A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Szövődményként a szondát körülvevő bőrterület gyulladása, visszacsorgás, a szonda okozta decubitusból származó vérzés, a szonda eldugulása, a szonda törése, súlyosabb esetben hasfali tályog, peritonitis (hashártyagyulladás), ileus (béllezárodás) alakulhat ki.

Amennyiben a szövődmény konzervatív eszközökkel nem uralható PEG-csere, a PEG sebészi eltávolítása, sebészi gastrostoma kialakítása, illetve egyéb operatív beavatkozás jön szóba. A szövődmény halálos kimenetelű ritka.

4. **Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Amennyiben táplálkozási nehezítettség esetén a PEG nem kerül behelyezésre, a beteg állapota leromlik, nagyfokú fogyás következik be. A beavatkozás halasztása esetén előfordulhat, hogy a későbbiekben a táplálkozási nehezítettséget okozó szájüregi vagy nyelöcső daganat már nem teszi lehetővé az endoscopos levezetését, így sebészi gastrostoma kialakítása válhat szükségessé.

5. **Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Sebészi gastrostoma behelyezése, mely a beteg számára nagyobb fizikai megterhelést, szövődményveszélyt jelent.

Folytatás a túloldalon!



6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az F-B-04. „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

.....
aneszteziológus orvos aláírása

.....
asszisztens aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.