

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

EPEKÖVEK ESWL KEZELÉSE

- 1. A kezelés célja:** Az epevezetékben lévő kő (kövek) szétmorzsolása.
- 2. A kezelés menete, technikája:** Az epevezetékben lévő köve(ke)t az epeúti tükrözés (ERCP) során behelyezett műanyag cső (stent) védelmében ESWL (külső ultrahangos lökéshullámú kőzúzás) kezeléssel szétmorzsoljuk.
- 3. A kezelés esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**

Zúzás után a kisebb kődarabkák az epeelfolyást akadályozhatják, a behelyezett epeúti stentet (műanyag csövet) eltömeszelhetik, és ilyenkor görcsök, sárgaság, láz alakulhat ki (hasonlóan a stent behelyezése előtti állapothoz), mely sürgős (pár napon belüli) epeúti tükrözést (ERCP) tesz szükségessé.

Az epevezeték-rendszer, az epehólyag, a máj vagy a szomszédos szervek (jobb vese, hasnyálmirigy, patkóbél, erek) maradandó károsodása, ill. a hasnyálmirigy gyulladása a lökéshullám kezelése következtében igen ritka.

Felhívták a figyelmemet arra, hogy a kezelés után az összetört kődarabok kiürülése nagyon változó időben indulhat meg, általában a stenten keresztül, annak szűk keresztmetszete miatt csak nagyon apró törmelék távozhat, a kötőrmelék nagyobb részét és a stent végleges eltávolítását későbbi, tervezett ERCP során végezzük 6 ESWL kezelést követően, amennyiben akut esemény nem teszi szükségessé a korábbi beavatkozást.

Felvilágosítottak a nálam fennforgó sajátosságokról, beleértve szakmám, foglalkozásom vonatkozásait is. A felvilágosítást megértettem, minden engem érdeklő kérdést feltehettem és tudom, hogy a kezelés eredményességét és kockázatmentességét előre nem lehet garantálni. Tartós sikertelenség esetén az eddig is alkalmazott kezelési metodika szerint járnak el (epeúti tükrözés során a maradék kövek lehetőség szerinti eltávolítása, szükség esetén stent-csere, végső esetben műtét).

A kezelést követő panaszok jelentkezése esetén az ESWL terápiát végző osztályon jelentkezem és megjelenek az előírt ellenőrző vizsgálaton.
- 4. A kezelés elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Az epeutakban tovább maradnak kövek, melyek visszatérő epeútgyulladást, fertőzést, sárgaságot és egyéb, invazívabb beavatkozásokat (többszöri ERCP, stent cserék, műtét), többszöri és hosszabb, szövődményesebb kórházi kezeléseket tehetnek szükségessé.
- 5. Más kezelési lehetőségekről, alternatívákról:** Az eddigi metodika szerint ismételt epeúti tükrözéssel, átmeneti műanyag stent behelyezéssel, esetleg mechanikus endoscopos töréssel próbáljuk a nagyobb köveket – azok megkissebbedése után - eltávolítani, ezek sikertelensége esetén műtéti megoldás jön szóba. Mindezeknek nagyobb szövődményaránya van.

Folytatás a túloldalon!

6. A kezeléssel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) 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 kezeléseim 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 tájékoztató megértése alapján minden kényszerből 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

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