

## 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.

### AZ EPEUTAK ÉS A HASNYÁLMIRIGY-VEZETÉK TÜKRÖZÉSES – RÖNTGEN VIZSGÁLATA (ENDOSCOPOS RETROGRAD COLECISTO PANCREATOGRAPHIA – ERCP)

1. **A vizsgálat célja:** A fenti szervek és vezetékek daganatos, köves, gyulladós, elzáródásos betegségeinek kórismézése és szükség esetén kezelése.

*A vizsgálat során szóba jövő műtét értékű gyógyító beavatkozások:*

- Az epevezeték beszájadásának elektromos késsel történő bemetszése (EST).
- Ballonnal vagy kosárral a vezetékkő eltávolítása.
- Szűk epeútszakaszok áthidalása protézis behelyezéssel az epeelfolyás biztosítására.
- Szonda bevezetése köoldáshoz, az epekő lökeshullám kezeléséhez.
- Egyéb speciális beavatkozások.

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

*A vizsgálat előkészítése:*

- kérjük, sorolja föl gyógyszereit (különös jelentősége van a véralvadást befolyásoló gyógyszereknek!), az esetleges gyógyszerallergiáját.
- a vizsgálat előfeltétele a beteg részletes szóbeli felvilágosítását, valamint a beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat elolvasását követően a beteg írásbeli beleegyezése;
- a vizsgálatot éhgyomorral, a garat helyi érzéstelenítésével végezzük;
- szükség esetén a beteg a vizsgálat előtt és alatt nyugtató, illetve fájdalomcsillapító injekciót kaphat.

*A vizsgálat menete:*

- szájon át a nyombélbe vezetett hajlékony optikai műszer segítségével röntgen kontrasztanyagot fecskendezünk az epevezetékbe és a hasnyálmirigy-vezetékbe.

*A vizsgálat után:*

- 2-3 óráig a beteg aluszékony;
- aznap járművet nem vezethet (a beteg hazaszállítását kísérője gépkocsival biztosítja);
- aznap nem táplálkozhat;
- a beavatkozás után jelentkező panaszát jelezze osztályos kezelőorvosának vagy az ügyelet orvosnak.

3. **A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**

- A diagnózis felállítását célzó vizsgálat kockázata általában csekély, a szövődmények enyhék, azonban 1-2 %-ban hasnyálmirigy-gyulladás fordulhat elő.
- Az epevezeték szájadékának elektromos bemetszése (EST) során 2-5 % a szövődmény lehetősége, mely esetenként műtétet igényel. A lehetséges szövődmények: hasnyálmirigy-gyulladás, vérzés, bélátfűródás. Az EST halálozása 0,5 % körüli, amely lényegesen kisebb veszélyt jelent, mint az epeutakon végzett hagyományos műtétek.

Folytatás a túloldalon!

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék 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 kezelése 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 kezelése 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 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.