

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.

NYELŐCSŐ MANOMETRIA

1. A beavatkozás célja: A nyelőcső manometria a nyelőcső test, valamint a felső- és alsó oesophagus sphincter nyomásviszonyainak vizsgálatára, illetve a nyelőcsőben továbbhaladó perisztaltikus hullám vizsgálatára alkalmas eljárás.

A vizsgálat elvégzése indokolt gastro-oesophagealis reflux betegekben műtéti kivizsgálás részeként, valamint a nyelőcső primer motilitászavarainak (achalasia, diffúz oesophagus spasmus, diótörő oesophagus) gyanújakor.

2. A beavatkozás menete, technikája:

A vizsgálat előkészítése:

- a vizsgálat előfeltétele a beteg részletes szóbeli felvilágosítását, valamint a betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat elolvasását követően a beteg írásbeli beleegyezése;
- a vizsgálatot éhgyomorral (8 órás karencia) végezzük;
- egyes esetekben (pl. achalasia gyanúja) 24 órás karencia (parenteralis folyadékpótlással) szükségessé válhat;

A vizsgálat menete:

- a vizsgálatot folyadékperfúziós technikával, lassú áthúzásos módszerrel végezzük;
- a vizsgálat kezdetekor a folyadékperfúziós katétert az orr-garaton keresztül vezetjük a nyelőcsőbe, illetve a gyomorba;
- a vizsgálat kiértékelése a számítógépen megjelenő nyomásgörbék elemzésével történik;

3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok: A folyadékperfúziós katéter levezetésekor a nyálkahártya sérülése, vérzése következhet be. Perforáció, ehhez kapcsolódó halálozás ritka.

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei: A vizsgálat elmaradása esetén a tünetek oka késve vagy nem kerül diagnosztizálásra, mely az alapbetegség progressziójához vezet.

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák: A nyomásviszonyok detektálására egyéb lehetőség nem áll rendelkezésre.

6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

Folytatás a túloldalon!

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 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 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

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