

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 TÁGÍTÁS ÉS ENDOSCOPOS SZTENT-BEHELYEZÉS

1. A beavatkozás célja:

- a beteg szájon keresztüli táplálkozás képességének biztosítása jó- vagy rosszindulatú betegség okozta szűkület esetén;
- a nyelőcső és a légutak közt kialakult sipoly zárása.

2. A vizsgálat menete, technikája:

A vizsgálat előkészítése:

- 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: Egy hajlékony tükröző eszköz kerül levezetésre a szűkület kezdetéig (vagy a sipoly nyílásig). Ezt követően vezetődrótot juttatunk az eszköz munkacsatornáján át a szűkületbe és azon keresztül a gyomorba. A tükröző eszközt eltávolítjuk és a vezető dróra növekvő átmérőjű szondákat vezetve, vagy ballon katétert juttatva annak ballonját felfújva történik a tágítás. Kifejezett szűkület esetén több tágításra lehet szükség újabb napon vagy napokon.

Sztent behelyezéshez a fémsztent összesodort, szondákba zárt állapotban kerül levezetésre a szűkületbe, ahol helyzetét röntgenellenőrzéssel határozzuk meg. A szonda végének kioldásával a fémsztent kinyitva felveszi a nyelőcső alakját és feszülésével fokozatosan tovább képes tágítani a szűkületet.

A vizsgálat csak kórházban fekvőbetegnél végezhető.

A vizsgálat után

- 2-3 óráig a beteg aluszékony és aznap nem táplálkozhat.
- A vizsgálat után jelentkező panaszát jelezze osztályos kezelőorvosának, vagy az ügyeletes orvosnak. A vizsgálat napján mellkasi fájdalom szokott előfordulni, amire fájdalomcsillapítót kaphat.

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

- A beavatkozás korai szövődménye 4-20 % közt van: falátfűródás, vérzés, mellkasi fájdalom, sztentvándorlás, mellüri vagy hasi gyulladás, tályogképződés fordulhat elő.
- Késői szövődményként a sztent elzáródása, a sztent továbbvándorlása lehetséges. A szövődmény az esetek kis százalékában halálos kimenetelű is lehet.

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

Folytatás a túloldalon!

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 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 kezelése 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 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.