

## 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.

### VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA

**1. A beavatkozás célja:** A vékonybél kapszulás endoszkópia vékonybél eredetű vérzésforrás (angiodysplasia, erosiok, fekélyek) gyanúja, vékonybél polypok, vékonybél jó- vagy rosszindulatú daganatok előfordulásának gyanúja esetén végzett képzett eljárás, mely a vékonybél nyálkahártyájának áttekintésére szolgál.

**2. A beavatkozás 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 végezzük, a vizsgálat előtti napon a beteg könnyű, rostmentes reggelit ehet, a nap folyamán szénsavmentes, rostmentes folyadékot ihat;
- a vizsgálat előtti napon hashajtás történik (– az előírtak megfelelően);
- a vizsgálat reggelén a beteg adatai a kapszulás endoszkóp számítógépében rögzítésre kerülnek.

*A vizsgálat menete:*

- az adatrögzítő egyéni beállítása az adott betegre megtörténik;
- az érzékelő rendszer a beteg hasfalára felhelyezésre kerül, ezt követően csatlakoztatható az egyénre beállított adatrögzítőhöz, mely a vizsgálat folyamán a beteg derekára helyezett övtartóban helyezkedik el;
- a vizsgálatot megelőzően a beteg simathicon cseppeket kap per os habzásgátlás céljából;
- a kapszula a tokjából eltávolítva aktiválódik, lenyeléskor már aktív állapotban van;
- a kapszula bevitelét követően 3 órán keresztül a beteg nem eszik, nem iszik;
- 3 órán túl folyadékot fogyaszthat;
- ha a vizsgálat során hasi fájdalom, hányinger, hányás jelentkezik, haladéktalanul közölje orvosával;
- a kapszula bevitelétől kezdve nem tartózkodhat erős elektromágneses térben (MRI, amatőr rádió adó-vevő), amíg a kapszula a bélrendszerből nem távozik;
- a vizsgálat kb. 8 órán keresztül tart; a felszerelést ne szedje szét, és ne csatolja le a felhelyezett övet; az adatrögzítő egy kisméretű számítógépnek felel meg; óvja a készüléket a hirtelen mozgásoktól, ütődésektől;
- a vizsgálat alatt 15 percenként ellenőrizze, hogy az adatrögzítő tetején lévő fény felvillan-e másodpercenként kétszer; ha bármilyen okból a kijelző felvillanásai abbamaradnak, jegyezze fel ennek időpontját, és értesítse orvosát; a vizsgálat alatt minden eseményt jegyezzen fel az eseménynaplóba időponttal együtt (étkezés, ivás, testmozgás, szokatlan események);
- a vizsgálat ideje alatt tartózkodjon a megerőltető testmozgástól;
- a vizsgálat során a kapszula természetes úton a bélmozgás segítségével halad előre a vékonybélben és 1 héten belül távozik a szervezetből; az eltávozott kapszulát a beteg a vizsgáló asszisztensnek visszajuttatja;
- vizsgálatot követően az adatok a számítógépes adatbázisba átvételre kerülnek, ahol a vizsgáló orvos kiértékeli a képeket; a beteg leletet egyeztetett időpontban kap a vizsgáló orvostól.

Folytatás a túloldalon!

- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A kapszula előrehaladását a bél motilitászavara vagy szűkület akadályozhatja és a kapszula a bélben megrekedhet. A kapszulát a szervezetből ebben az esetben endoscopos úton vagy sebési exploráció során el kell távolítani.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A vizsgálat elmaradása esetén a tünetek oka késve vagy nem kerül diagnosztizálásra, mely az alapbetegség progressziójához vezet.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Kettős kontrasztos vékonybél röntgen vizsgálat, dupla ballonos vékonybél enteroscopia, Ct enteroclysis, MR enterographia. Az egyes vizsgálatok diagnosztikus értéke, valamint elérhetősége eltérő.
- Fentiekkal kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 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 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 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.