

**A NYELŐCSŐ-GYOMOR-NYOMBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATA
(OESOPHAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA)
TÁJÉKOZTATÓ**

Tisztelt Betegünk!

Az alábbiak szerint szeretnénk Önt tájékoztatni a nyelőcső-gyomor-nyombél tükrözéses vizsgálatának menetéről, és az esetleges kockázatokról. Kérjük, hogy alaposan olvassa át a jelen tájékoztatót, és amennyiben további kérdése van, forduljon bizalommal hozzánk.

1. A vizsgálat célja:

A nyelőcső, gyomor és nyombél rendellenességeinek (vérzés, fekély, daganat, egyéb elváltozás) felismerése. Szövetteni mintavétel a kórosnak ítélt területből.

Bizonyos gyógyító beavatkozások elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polypektómia, stb.).

Fokozott veszélyeztettség esetén rendszeres ellenőrzés a rosszindulatú elfajulás időben történő felismerése céljából.

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
- kérjük, sorolja föl gyógyszereit (különös jelentősége van a véralvadást befolyásoló gyógyszereknek!), az esetleges gyógyszerallergiáját.

A vizsgálat menete:

- egy hajlékony optikai műszer kerül levezetésre szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a nyombélig; a vizsgálat ideje kb. 15 perc.

A vizsgálat után:

- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet (a beteg hazaszállítását kísérője gépkocsival biztosítja); a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 óráig nem étkezhet;
- ha görcs, hányás vagy fekete széklet jelentkezne, jelezze a vizsgálatot végző orvosnak vagy az asszisztensnek személyesen vagy telefonon.

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

Az érzéstelenítőszer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység.

A szövettani mintavétel vagy polyp-eltávolítással kapcsolatos vérzés, ritkán bélátfürödés. Szövődmény miatt 10.000 vizsgálat közül átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:

.....
.....
.....

5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:

.....

.....

**INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA
VALAMINT HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉHEZ**

NÉV:

Szül. idő:

Taj:

Lakcím:

Alulírott beteg kijelentem, hogy a beavatkozással kapcsolatos részletes tájékoztatást számomra teljesen érthetően megkaptam, nyilatkozom, hogy kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Kijelentem, hogy tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Nyilatkozom, hogy tájékoztattak arról, hogy a kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Alulírott beteg tudomásul beszem, hogy a beavatkozás után jelentkező problémák ellátásának késlekedése vagy nem megfelelő kivitelezése a gyógyulást hátráltathatja, esetleg olyan késői szövődmény kialakulásához vezethet, amelyért a Vas-Oxy Kft. felelősséget vállalni nem tud.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelésem 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 (*a megfelelőt kérjük aláhúzni*):

beleegyezem és kérem

nem egyezem bele és nem kérem

a fenti beavatkozás elvégzését.

Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy megadott személyes adataimat a Vas-Oxy Kft. az Adatkezelési Tájékoztatóban foglaltak szerint kezelje, illetőleg hogy szükséges adataimat az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) rendszerébe feltöltse.

Alulírott beteg beleegyezem, hogy kivizsgálásom és kezelése során észlelt elváltozásokról szakmai indokból fénykép-, vagy videofelvételek készüljenek azzal, hogy azokon a személyem nem válik felismerhetővé, és a felvételek kizárólag szakmai célra kerülnek felhasználásra.

Alulírott beteg kérem, hogy a szövettani vizsgálatom eredményét az alábbi címre/e-mail címre küldjék meg:

.....

Nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat maradéktalanul megértettem, és jelen nyilatkozatomat minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy ezen beleegyező nyilatkozat, illetőleg a beavatkozással kapcsolatos tájékoztató egy eredeti példányát átvettem.

Hozzájárulok, hogy a Vas-Oxy Kft. részemre elektronikus számlát küldjön (*a megfelelőt kérjük aláhúzni*):

igen

nem

Amennyiben hozzájárulok az elektronikus számla megküldéséhez, az alábbi e-mail címre kérem a számlát:

.....

Kelt: Szombathely, napján

.....

kezelőorvos

.....

beteg