

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Név: #!NEV;
Születési hely, idő: #!BSZULHELY; #!SZULIDO; (#!BELETKORA; éves)
Anyja neve: #!BANYJANEVE;
Lakcím: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

Törzsszám: #!TORZSSZAM;
TAJ: #!TAJ_TAGOLT;
Felvéve: #!FELVIDO;

A percutan endoscopos gastrostomiáról

A percutan endoscopos gastroscopia (PEG) célja:

- a.) valamilyen organicus, vagy funkcionális okból szájon át táplálkozni képtelen, de egyébként ép emésztőrendszerrel rendelkező betegek **tartós táplálása, vagy**
b.) vékonybél - szűkületet okozó hasüri daganatos betegeknél speciális esetben a bélben és a gyomorban felgyülemlt gázok és folyadékok levezetésére (**dekompreszió**).

A percutan endoscopos gastroscopia lényege, hogy a hasfal bőrét átszúrva (percutan) egy 5-8mm átmérőjű, műanyag csövet ültetünk a gyomorba. Ezen a "csövön", mint művileg létrehozott sipolyon át lehet tápoldatot juttatni a gyomorba, illetve adott esetben ezen át vezethető el a főlöleges bélgáz és gyomoredv.

A PEG alternatívája lehet az orron át a gyomorba vezetett szonda (**nasogastricus szonda**) és a műtéttel kialakított gyomor-, illetve bélsipoly (**sebészi gastro-, illetve jejunosztima**).

A nasogastricus szonda csak 2-3 hétig alkalmazható eredménnyel, tartósabb táplálásra elégtelen. Esztétikailag zavaró lehet az orrból kilógó szondavég. A szövödmények gyakoriabbak, mint a PEG esetén.

A sebészi gastrostomia a beteg számára nagyobb műtéti terhelést jelent, szövödményrátája lényegesen nagyobb (**kb. 1,5-szeres**).

A beavatkozás menete: a PEG beültetést altatással, vagy Seduxen intravénás adását és a garat Lidocainos érzéstelenítést követően történik. A beteg hátán fekvő helyzetben helyezkedik el a műtőasztalon. A nyelőcső, a gyomor és a nyombél tükrözés (**endoscopos**) vizsgálatát követően meghatározzuk a szonda behelyezésének biztonságos helyét. Ennek megfelelően a bőrt fertőtlenítjük, Lidocainnal érzéstelenítjük, majd szikével néhány mm-es bőrmetszést ejtünk. Ezen a ponton egy speciális tűt szúrunk a hasfalon át a gyomorba.

A tűn át (a rendelkezésre álló PEG készlettől függően) vékony fonalat, vagy vezetődrótot vezetünk be. A fonalat, vagy drótot a szájon át kihúzzuk, majd ennek segítségével a gyomorba juttatjuk a tápszondát. A szonda hasfal előtti részét kívülről rögzítjük, a belső vég helyzetét újabb tükrözéssel ellenőrizzük. 12-24 óra múlva használható a szonda táplálásra.

Az irodalmi adatok szerint 7-15%-ban fordul elő **szövödmény**. Ezek döntő többsége enyhe és átmeneti (a szonda környékén enyhe bőrgyulladás, minimális tápszercsorgás, stb.).

2-8%-ban fordul elő jelentősebb (transzfúziót, műtétet, újabb endoscopos beavatkozást, antibiotikum alkalmazását szükségessé tevő) szövödmény, mint vérzés, jelentősebb gyulladás, nyelőcső-, vagy bélátfúródás, nyál, vagy később tápfolyadék légutakba kerülése, a szonda törése, elmozdulása.

1-2%-ban számolnak be a beavatkozással összefüggő halálózásról.

Az esetleges szövödmények csökkentése érdekében KÉRJÜK FIGYELMESEN VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:

Tud-e valamilyen gyógyszer túlérzékenységeről:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Tud-e vérzékenységeről:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Szed-e véralvadást gátló gyógyszert:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Van-e epilepsziája, zöldhályogja:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Van-e beültetett szívritmus-szabályozója:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Fennáll-e terhesség:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:
Van-e egyéb említésre méltó betegsége:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen:

SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei bitrókában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának, vagy az asszisztensnek!

Alulírott #!NEV; tanúsítom, hogy engem dr.#!KEZORVPROP(1); kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségeről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

2. A javasolt gyógymódról, mely

(magyarul):

annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

A tájékoztató elolvasása és meghallgatása után a javasolt felső emésztőtraktus tükrözéses vizsgálatába illetve a szükséges műtéti jellegű terápiás beavatkozásba beleegyezem.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

*Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

*A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek *alapján* kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék: ..

*Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegsémem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

**A nem kívánt rész törlendő!*

4. Hozzártartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

(Hozzártartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.)

a.)Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségeről teljes körűen tájékoztassák:

b.)Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségeről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c.)Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségeről kérésükre se tájékoztassák:

5. Tájékoztattuk arról, hogy kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások), Önt a kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatársak is elláthatják. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

.....
a felvilágosítást végző orvos aláírása

#!KORHCIMVAROS;, #!AKTDATUM;

.....
beteg olvasható aláírása

Beteg neve: #!NEV;
Születési ideje: #!SZULIDO;
Születési helye: #!BSZULHELY;
Lakcíme: #!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;

.....
vagy a törvényes képviselő aláírása (2)

Törv. képv. neve: #!HNEV;
Születési ideje:
Születési helye:
Lakcíme: #!HIRSZAM; #!HVAROS; #!HUTCA;

(1) X-eléssel jelölje meg!

(2) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....
(1) Tanu aláírása

(1) Tanu neve:
Születési dátum:
Lakcím:

.....
(2) Tanu aláírása

(2) Tanu neve:
Születési dátum:
Lakcím:

(A dokumentumot a MedWorkS rendszerben rögzítette: #!AKTUSERNEVE; #!AKTUSERKODJA;)

#!KEZORVPROP(1);

#!FFELVORVPROP(1);

E-MK 2016-100/16