



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VÉKONYTŰ ASPIRÁCIÓ VIZSGÁLATHOZ

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatályba lépés:
2017-01-09

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában

bf) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

ce) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul): Endoszkópos ultrahang vizsgálat

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

Előnye: A beavatkozás során pontosan meghatározható a daganat kiterjedése, rendszerint elkülöníthetők egymástól a jó és rosszindulatú daganatok, jól megítélhetők a hasnyálmirigy igen kisméretű daganatai is. A vizsgálat további nagy előnye, hogy célzott szövettani mintavételre van lehetőség a daganatos szövetből, amely a végleges kórszövettani

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

diagnózis és a helyes kezelés alapfeltétele. Az endoszkópos ultrahang vizsgálat nagyban hozzásegít a sebészeti-műtéti terv pontos kialakításához.

Kockázat: A vizsgálat során nagyon ritkán szövődmények léphetnek fel, úgy, mint a bélfal kilyukadása és vérzés, melynek gyakorisága megegyezik a rutin gyomortükrözés során fellépő szövődmények gyakoriságával. Az altatáshoz használt injekció allergiás reakciót okozhat, mely rendszerint enyhe lefolyású és általában csak arra hajlamos egyéneken alakul ki.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata: A beteg állapota romlik.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Az általános vélemény, hogy nincs a kezünkben alternatív diagnosztikai lehetőség, mely az EUH-t helyettesítené.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele: Az EUH egy biztonságos vizsgálat, mely lehetővé teszi a gasztrointesztinális traktus (nyelőcső, gyomor, nyombél) falának és környező szöveteknek (mediastinum, hasnyálmirigy, epeutak, kismedence) ultrahanggal történő nagy felbontású ábrázolását és vékonytűvel az adott szervek betegségeiből sejtek nyelését, mely szövettani diagnózist tesz lehetővé. A vizsgálat során a gyomortükrözésnél használatos endoszkópot (rugalmas cső, melynek végén fényforrás, videokamera és ultrahangfej van) vezetünk a száján keresztül a nyelvcsőbe, gyomorba, majd a nyombélbe. A vizsgálat éhgyomorral történik. A garat lidocainnal történő érzéstelenítését követően intravénás injekcióval felületesen elaltatjuk (annyira éber marad, hogy kooperálni tudjon), hogy segítsük Önt az ellazulásban és minimalizáljuk a vizsgálat okozta kellemetlenséget. A vizsgálat közben vitális paramétereit (szívfrekvencia, oxigénszaturáció) monitorozzuk. A vizsgálat során 0,6 mm vastag tűvel veszünk sejteket a kérdéses szervből. A vizsgálatot követően egy napig megfigyeljük Önt. A vizsgálatot követően aznap nem lehet, infúziót fog kapni.

Az esetleges szövődmények csökkentése, elkerülése érdekében **kérjük aláhúzással, illetve kifejtéssel** válaszoljon az alábbi kérdésekre.

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Van-e vérzékenysége:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Van-e szív, -tüdő, -vesebetegsége:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Szed-e véralvadásgátló gyógyszert: (heparin, Syncumar, Warfarin)	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Szed-e trombocita aggregáció gátló gyógyszert: (aspirin, clopidogrel, ticlopidin)	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Van-e epilepsziája:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Volt-e endokarditise:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Van-e beültetett szívritmusszabályzója:	<input type="checkbox"/> nem	<input type="checkbox"/> igen
Van-e krónikus fertőző betegsége: (AIDS, hepatitis B, C)	<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
.....		

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért

(különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

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

Figyelmeztetés!

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**