



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Percután endoszkópos gastrosztóma vizsgálatba

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

cc) 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./ A betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Táplálási nehézség, nyelészavar.

2./ A beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ A beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ A javasolt beavatkozás előnye és kockázata:

Előnyök:

- enterális táplálás lehetséges,
- általános állapot javul,
- tápláltság a megfelelő lesz,
- a táplálás élettani hatásainak megőrzése.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Ritkán az alábbi szövődményekkel járhat:

- fájdalom és hányinger, a beültetett szonda mellett gyomortartalom-kicsorgás, ezek általában egy-két napon belül megszűnnek,
- lokális bőrgyulladás, tályog,
- gyomorfekély, gyomorátífürödés, sipolyképződés, hashártyagyulladás, bélelzáródás, ill. ezek sérülése, hasnyálmirigy, esetleg hasi nagyerek sérülése is kialakulhat,
- nyelőcsőgyulladás, aspiratio léphet fel,
- elsüllyedő szonda szindróma – ilyenkor a gyomor felől a tápszonda már egyáltalán nem látható és át sem járható, azaz teljesen besüppedt a gyomor falába – ebben az esetben műtét válik szükségessé,
- több hónapos PEG-táplálás után a szondák elhasználódhatnak, eldugulhatnak, el is törhetnek. de a szonda cseréje szükség esetén könnyedén kivitelezhető.
- esetenként egyéni anatómiai eltérések miatt endoszkópos úton a szonda beültetése biztonsággal nem végezhető el. Ebben az esetben sebészeti úton történhet tápláló szonda beültetés – endoszkópos vizsgáló megítélése szerint tehet javaslatot sebészeti szonda beültetésre.
- Ide sorolandóak még a szonda beültetése közben az indikációt jelentő betegségből származó szövődmények is (szájüregi, fül-orr-gége területi, nyelőcső területi tumorokból származó vérzés, sérülés, perforáció, fájdalom – ezen szövődmények ellátása speciális szakorvosi ellátást igényelhet).
- Az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- Személyre szabott kockázatok:

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 |
| | | |
| ⇒ Tud-e érzékenységről: | <input type="checkbox"/> nem | <input type="checkbox"/> igen |
| ⇒ Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: | <input type="checkbox"/> nem | <input type="checkbox"/> igen |
| ⇒ Van-e epilepsziája: | <input type="checkbox"/> nem | <input type="checkbox"/> igen |
| ⇒ Van-e zöldhályogja: | <input type="checkbox"/> nem | <input type="checkbox"/> igen |
| ⇒ Van-e beültetett szívritmusszabályzója: | <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 |
| | | |

6./ A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

A beteg állapota romlik.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: TPN. (totál parenterális táplálás), sebészeti tápláló gastrostomia (sebészeti tápláló szonda beültetés)

Szóbeli tájékoztatás az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának, vagy az asszisztensnek!

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A beavatkozás célja:

A percután endoszkópos gastrostomát a természetes módon kielégítő táplálkozásokra képtelen betegek hosszútávú mesterséges táplálásának biztosítására használjuk a fej-nyak régió, a nyelőcső tumoros folyamatainak, sérüléseinek esetében, pszichiátriai, illetve neurológiai kórképekben. Elkészítésében a tápláló szonda (PEG) beültetésében jártas gasztroenterológus, endoszkópos szakember végzi.

Beavatkozás menete:

A beavatkozás elején gyomortükrözést végzünk, ezt követően a gyomorba levegőt fújunk, hogy a gyomorfal minél nagyobb területen simuljon a hasfalhoz. A sebész a megfelelő helyet kiválasztva helyi érzéstelenítést követően a hasfalat átszúrva a gyomorba egy vezetődrótot juttat, melyet az endoszkóppal együtt a szájon át kihúzzunk. A vezetődrót végéhez hozzákötött szondát a gyomorba húzzuk, majd át a hasfalon, amíg a szonda belső gallérja kielégítően fel nem fekszik a gyomorfalba. Megfelelő pozicionálás után Betadinos fedőkötéssel látjuk el. A táplálás a leleten megadottaknak megfelelően kezdhető el, ill. folytatható.

9./ A beavatkozás feltételei:

- táplálási nehezítettséget okozó megbetegedés (a beavatkozást indikáló orvos által felvetett és igazolt),
- megelőzően nasogastricus szondán keresztül táplálás, alapbetegsége alapján állapotában oly mértékű javulás rövid időn belül nem várható, ami megfelelő enterális táplálást lehetővé tesz,

- rendezett véralvadási paraméterek,
- beteg- vagy képviselője általi beleegyezés (jelen beleegyező nyilatkozat)

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 döntsek arról, beleegyem-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 gyogyeredmény 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