

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes
Belgyógyászat-*Endoscopia*
6600. Szentes, Sima Ferenc u. 44-58.
Tel: 06-63-313-244/336

Beteg tájékoztató / Vizsgálatkérő A vastagbél tükrözéses vizsgálata

- Cél:**
- a vastagbél betegségeinek felismerése
 - szövettani mintavétel
 - gyógykezelés elvégzése (pl: polyp, daganat eltávolítása)

A vizsgálat menete: hashajtás, beöntés vagy ezek kombinációja után egy hajlékony műszer bevezetése a vastagbélbe egyidejű levegőbefúvással. A vizsgálat kellemetlenségeinek leküzdésére fájdalomcsillapító injectiót alkalmaznak.
A körülményektől függően a vizsgálat kb. 10-60 percig tart. A vizsgálat után a puffadás érzése természetes. Ha a beteg nyugtatót kapott, aznap járművet nem vezethet.
A szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához ill. a vizsgálatot végző osztályhoz.
A vizsgálat után kórházi megfigyelés válhat szükségessé.

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az előkészítéssel összefüggő folyadékvesztés panaszokat okozhat
- érzéstelenítő vagy a nyugtató injectió iránt túlérzékenység jelentkezhet
- a beavatkozás vérzéssel járhat
- tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 1.000 vizsgálatr 1 esetben sürgős műtét válhat indokoltá

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében

KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: nem – igen:
Tud-e vérékenységről: nem – igen; Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: nem – igen;.....
Van-e epilepsziája: nem - igen; Van-e zöldhályogja: nem – igen;
Van-e beültetett szívritmusszabályzója: nem - igen; Fennáll-e terhesség: nem – igen;
Van-e egyéb említésre méltó betegsége: nem – igen;

Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgálóorvosának vagy asszisztensnek!

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A beteg tájékoztató és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt vastagbél tükrözéses vizsgálatba beleegyezem.

Szentes, 2011.

.....
endoscopos asszisztens

.....
vizsgáló orvos

.....
beteg/ gondviselő

VIZSGÁLATKÉRŐ

Beteg neve: Születési dátum:

Lakcím: TAJ:

Klinikai adatok:

Vizsgálat indikációja:

.....

Dátum:

Vizsgálatot kérő orvos:

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes
Belgyógyászat-*Endoscopia*
6600. Szentes, Sima Ferenc u. 44-58.
Tel: 06-63-313-244/336

B e t e g t á j é k o z t a t ó / V i z s g á l a t k é r ő A gyomor tükrözéses vizsgálata

Cél: - a nyelőcső-gyomor és nyombél rendellenességeinek felmérése
- szövettani mintavétel
- gyógykezelés elvégzése (pl.:vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polyp levétel stb.).

A vizsgálata menete: éhgyomorra, a garat helyi érzéstelenítése után egy hajlékony műszer kerül levezetésre a szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a nyombélbe. Szükség esetén a beteg nyugtató injectiót kaphat. A vizsgálat fájdalommentes, ideje kb. > 3-15 perc.

Vizsgálat után - ha a beteg nyugtató injectiót kapott, aznap járművet nem vezethet
- a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 1 óráig nem étkezhet
- szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához ill. a vizsgálatot végző osztályhoz

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az érzéstelenítőszer vagy a nyugtató injectió iránti túlérzékenység
- a beavatkozással kapcsolatos vérzés
- a tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 10.000 vizsgálatra átlagosan 1 esetben sürgős műtét válhat indokoltá.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében

KÉRJÜK, ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: nem – igen:
Tud-e vérzékenységről: nem – igen; Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: nem – igen;.....
Van-e epilepsziája: nem - igen; Van-e zöldhályogja: nem – igen;
Van-e beültetett szívritmusszabályzója: nem - igen; Fennáll-e terhesség: nem – igen;
Van-e egyéb említésre méltó betegsége: nem – igen;

Ha maradt valamilyen kérdése, tegye fel vizsgálóorvosának vagy asszisztensnek!

B E L E E G Y E Z Ő N Y I L A T K O Z A T

A betegtájékoztató és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt gyomor tükrözéses vizsgálatba beleegyezem.

Szentes, 2011.

.....
endoscopos asszisztens

.....
vizsgáló orvos

.....
beteg/ gondviselő

V I Z S G Á L A T K É R Ő

Beteg neve: Születési dátum:

Lakcím: TAJ:

Klinikai adatok:

Vizsgálat indikációja:

.....

Dátum:

Vizsgálatot kérő orvos:

Elbocsátás a kórházból „saját kérésre”

Igazolom, hogy a kórházból való távozásom

.....
nevű

hozzátartozóm távozása saját kifejezett kívánságomra, orvosi tanács ellenére történik.

Kezelés illetve vizsgálat megtagadása

Az orvos által javasolt vizsgálatba/kezelésbe nem egyezem bele. X

A kórházi kezelés idő előtti megszakításának a veszélyeire az orvos figyelmeztetett.

Ismeretes előttem, hogy a kórház a fentiekből eredő következményekért nem felel.

A kezelőorvos nyomatékosan felhívta a figyelmem (gondozottam figyelmét) arra, hogy:

halaszthatatlanul
legkésőbb.....napon/héten belül kórházi/ambuláns kezelésben
kell részesülnöm (részesülnie), hogy az egészségkárosodást elkerüljem
(elkerülje). Elmagyarázta, hogy miért szükséges számomra (számára) a vizsgálat
(kezelés).

Dátum:.....

.....
beteg, illetve törvényes képviselője aláírása

Tanú I.

.....
név

.....
lakcím

.....
szem. ig. szám v. személyiszám

Tanú II.

.....
név

.....
lakcím

.....
szem. ig. szám v. személyiszám

Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

.....osztály

Beleegyező nyilatkozat 1.

Beteg neve: TAJ:

A/1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul)kellően felvilágosítottak.

A/2. Beleegyezem az ésszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábító hatású fájdalomcsillapító, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által indokoltnak tartott vizsgálati eljárások (különösképpen infúzió, injekció, katéterezés) alkalmazásába. A kezelés várható következményeire vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem.

A/3. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének az elutasítására. Ez esetben a kezelésem elmaradásából származó és eredő következményekre vonatkozó tájékoztatást is tudomásul vettem, az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógy-eredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el – a felelősség alól felmentem.

A/4. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a betegellátást a szervezeti egység vezető vagy megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvos – csoport végzi el.

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

B. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni, a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.

Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges beavatkozásokat elvégezzék.
(E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

C. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

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

2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

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

3. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

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

.....évhónap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

..... osztály

Beleegyező nyilatkozat 2.

Beteg neve: TAJ

A/1. Tanúsítom, hogy orvosaim betegségem természetéről, mely kórisme szerint (magyarul)

..... kellően felvilágosítottak.

A/2. Kérem, hogy a gyógyításomra javasolt műtétet, mely (magyarul)

..... rajtam elvégezzék. A javasolt műtét kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről az írásbeli felvilágosítást elolvastam, megértettem és azt tudomásul vettem. A leírtakon kívül a nálam szóba jövő szövődmények még:

Tájékoztatót kaptam a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint

..... valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Megismertem az ajánlatot és más szóba jövő kezelési eljárások előnyeit és hátrányait. Szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, melyeket megértettem, és kijelentem, hogy kérdésem nincs. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek arról, hogy milyen kezelést szeretnék. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a várható gyógy eredményt (gyógy tartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják, ezekért orvosaimat felelősség nem terheli.

A/3. Felhatalmazom – nem hatalmazom fel – a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő, olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészség megóvására, illetve az élet meghosszabbítására irányul. (Az A/3. pont első sorában a nem kívánt részt kérjük, törölje, húzza át.)

A/4. Beleegyezem az észszerű határok között szükségesnek tartott vér, gyógyszer, kábító hatású fájdalomcsillapító, vagy más anyagok beadásába, valamint az orvosok által szükségesnek tartott vizsgálati eljárások (különösképpen infúzió, injekció, katéterezés) alkalmazásába.

A/5. Tudatában vagyok, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének elutasítására. Ez esetben a kezelés során az elutasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért az orvosokat – akiknek a kezelését nem fogadom el - a felelősség alól felmentem.

A/6. Tudomásul veszem és elfogadom, hogy a műtétet a szervezeti egység vezető vagy megbízottja által kijelölt orvos, illetve orvos-csoport végzi el.

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

B. Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni; a döntéseket a kezelőorvosomra bízom.

Felhatalmazom orvosaimat, hogy rajtam a szükséges beavatkozásokat elvégezzék. (E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)

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

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

C. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

1. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

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

2. Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

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

3. Az alábbi megnevezett hozzátartozóimat kérésükre se tájékoztassák:

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

..... év hó nap

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt transzfúzió (vérátömlesztés) céljáról és esetleges veszélyeiről.

Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása gyógyulásom érdekében szükséges. Azt is megértettem, hogy - az orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat ellenére - a transzfúzió veszélyeket is rejthet magában.

Mindezek alapján egyetértek azzal, hogy kezelőorvosom, a vérellátó osztály által emberi vérből előállított, vérkészítményt nekem beadja.

Dátum: _____

aláírás

Előttünk, mint tanúk előtt:

név

név