



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Vastagbél kapszulás vizsgálata

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatálybalépés:
2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés 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, cselekvőképés

☐ 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, cselekvőképés

☐ 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 / nem¹

Ha igen:

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

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

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul): Vastagbél kapszulás vizsgálata.

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

CÉL: A vastagbél rendellenességeinek felmérése. Az eljárás során egy kis kapszulát kell lenyelni, amely az emésztőrendszerben természetes úton a bélmozgás segítségével halad végig, miközben felvételeket készít a bélrendszerről. A kapszula a felvételeket a hasfal bőrén elhelyezett érzékelő-rendszernek továbbítja. Az

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

érzékelő rendszer egy adatrögzítő készülékhez kapcsolódik, amely a felvételeket tárolja. Az adatrögzítő készülék egy derékra felcsatolható övben helyezhető el.

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Nem időben és pontosan behatárolt polipok, tumorok kezelése, felismerése.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Vastagbéltükrözés, irrigoscopia, CT, MRI, PET.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A VIZSGÁLAT SORÁN A KÖVETKEZŐ UTASÍTÁSOKAT TARTSA BE: A kapszulás endoszkópia előtti napon reggel 9-ig könnyű reggelit, után csak folyadékot és **előírt mennyiségű bélmosót** fogyaszthat. Este 22 órától ne egyen és ne igyon semmit. 2 órával a vizsgálat előtt már gyógyszert sem vehet be. A vizsgálatot megelőző 24 órában ne dohányozzon.

A KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA NAPJÁN: Regisztrálásra kerül a vizsgálatba történő részvétele és beleegyezését adja a vizsgálat elvégzéséhez. Az érzékelő rendszert felhelyezik a hasfalára és csatlakoztatják az adatrögzítőhöz, amit a derekára felcsatolt övön helyeznek el. Ezután a kapszula bevétele következik.

A KAPSZULA BEVÉTELE UTÁN: A kapszula bevétele után 2 órán keresztül nem ehet, nem ihat. A kapszula helyzetétől függően kb. 4 óra elteltével kisebb étkezés megengedett, a kapszula haladásának függvényében, melyről a vizsgálatot felügyelő asszisztens tájékoztatja. A vizsgálat befejeztével visszatérhet a megszokott étrendjéhez, amennyiben orvosa erről eltérő utasítást nem ad az étkezésre vonatkozóan. A kapszula bevitelétől kezdve nem tartózkodhat erős elektromágneses térben (MRI, amatőr rádió adó-vevő), amíg a kapszula a bélrendszerből nem távozik. A vizsgálat kb. 12 órán keresztül tart, ez idő alatt az orvos utasításait kövesse. A felszerelést ne szedje szét, és ne csatolja le a felhelyezett övet. Az adatrögzítő egy kisméretű számítógép, kérjük, kezelje óvatosan. Óvja a készüléket a hirtelen mozgástól, ütődésektől. A vizsgálat alatt 15 percenként ellenőrizze, hogy az adatrögzítő tetején lévő fény felvillan-e másodpercenként kétszer. Ha bármilyen okból a kijelző felvillanások abbamaradnak, jegyezze fel ennek időpontját és értesítse orvosát. A vizsgálat ideje alatt tartózkodjon a megerőltető testmozgástól, ami izzadással járhat.

Tájékoztatjuk, hogy a vastagbél kapszulás vizsgálata csak megfelelően kitisztított bélben kellően informatív. Ezért kérjük az előkészítő eljárása pontos betartását. Szakirodalmi adatok és munkánk tapasztalatai szerint a vékonybél kapszulás endoszkópia eredményének pontossága nagyban függ a vékonybél tisztaságától. A vizsgálatok a legnagyobb gondosság esetén is 75-80%-ban tud csak pontos diagnózist adni, a mintegy 55.000 felvett kép részletes, több órán tartó elemzés ellenére is. Kérjük, ezt szíveskedjen figyelembe venni. A lelet közlését, ambuláns lap, zárójelentés adását általában a vizsgálatot követő napon/napokban biztosítjuk.

LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK: A kapszula természetes úton, a bélmozgás segítségével távozik. Néhány esetben (1-3% gyakorisággal) előfordulhat, hogy a kapszula nem tud távozni a belekből, megakad, sokszor panaszokat, hasi görcsöket okoz. Ilyen esetekben endoszkópos vagy sebészeti eltávolításra lehet szükség. Az elakadásos szövődmény lehetősége miatt kérjük, minden esetben jelezze a vizsgálatot végző kezelő/osztályos orvosnak azt, ha a kapszula kiürülését észlelte, illetve azt is, ha két hétnél tovább a kapszula kiürülését nem tapasztalta. Hasi görcsök, panaszok esetében kérjük, azonnal jelentkezzen gasztroenterológiai szakrendelésünkön.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálaton tanuló orvosok és asszisztensek is részt vegyenek.

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, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézirással 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 kényszerszertől 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!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. 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

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....
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)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségemről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....
.....
² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

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

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.