

INVAZÍV VIZSGÁLATI BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, az alábbi betegségről, invazív vizsgálatról
a következők szerint kellő mértékben és módon tájékoztatott.

NYELŐCSŐ MANOMETRIA

- 1. A beavatkozás célja:** A nyelőcső manometria a nyelőcső test, valamint a felső- és alsó oesophagus sphincter nyomásviszonyainak vizsgálatára, illetve a nyelőcsőben továbbhaladó perisztaltikus hullám vizsgálatára alkalmas eljárás.

A vizsgálat elvégzése indokolt gastro-oesophagealis reflux betegekben műtéti kivizsgálás részeként, valamint a nyelőcső primer motilitászavarainak (achalasia, diffúz oesophagus spasmus, diótörő oesophagus) gyanújakor.

- 2. A beavatkozás menete, technikája:**

A vizsgálat előkészítése:

- a vizsgálat előfeltétele a beteg részletes szóbeli felvilágosítását, valamint a beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat elolvasását követően a beteg írásbeli beleegyezése;
- a vizsgálatot éhgyomorral (8 órás karencia) végezzük;
- egyes esetekben (pl. achalasia gyanúja) 24 órás karencia (parenteralis folyadékpótlással) szükségessé válhat;

A vizsgálat menete:

- a vizsgálatot suilárdtest elektródás technikával, lassú áthúzásos módszerrel végezzük;
- a vizsgálat kezdetekor a katétert az orr-garaton keresztül vezetjük a nyelőcsőbe, illetve a gyomorba;
- a vizsgálat kiértékelése a számítógépen megjelenő nyomásgörbék elemzésével történik;

- 3. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** A folyadékperfúziós katéter levezetésekor a nyálkahártya sérülése, vérzése következhet be. Perforáció, ehhez kapcsolódó halálozás ritka.

- 4. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A vizsgálat elmaradása esetén a tünetek oka késve vagy nem kerül diagnosztizálásra, mely az alapbetegség progressziójához vezet.

- 5. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** A nyomásviszonyok detektálására egyéb lehetőség nem áll rendelkezésre.

- 6. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

- 7. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV VIZSGÁLATI BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a vizsgálat (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott vizsgálatok, kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

beleegyezem és kérem *

nem egyezem bele és nem kérem *

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....

orvos aláírása

.....

beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.