



**Beleegyező Nyilatkozat**  
**Gastroszkopia**  
**(Ösophago-Gastro-Duodenoszkopia - felső tápcsatornai tükrözés)**

Beteg neve:

Születési idő:

TAJ-szám:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail cím:

**A vizsgálat célja:** a felső tápcsatornai tükrözés jelenleg a legkorszerűbb vizsgálati módszer a nyelőcső, a gyomor és a patkóbél betegségeinek (gyulladás, fekély, daganat,...) kórismézéséhez. A diagnosztikus tápcsatornai tükrözés és mintavétel mellett számos esetben gyógyító beavatkozásra is lehetőség nyílik - például jó indulatú daganat (polip) levételére, esetenként vérzéscsillapításra.

**A vizsgálat előkészítése** A vizsgálat előtt legalább 6 órával nem étkezhet. Szükség esetén egyes gyógyszereket (pl. vérhígítók) el kell hagynia a vizsgálat előtti, a kezelőorvosával egyeztetett időszakban. Vérhígítók szedéséről a kezelőorvosát minden esetben tájékoztatnia kell és a vérhígító gyógyszer esetleges elhagyása csak orvosi konzultációt követően lehetséges.

**A vizsgálat menete:** A garat helyi érzéstelenítése (Lidocain befúvás) után egy hajlékony műszer kerül levezetésre a szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a vékonybélbe. A vizsgálat fájdalommentes, ideje kellő együttműködés mellett 5 -15 perc. A megfelelő tájékozódáshoz az eszközön keresztül levegő befúvására az esetek egy részében vízzel történő mosásra is szükség van. Elváltozások észlelése esetén szövetminta vételre van lehetőség (a mintavétel fájdalommentes, semmilyen kellemetlenséggel nem jár). Az eszköz nem a légutakba kerül, ezért zavartalanul tud lélegezni.

Szükség esetén egyes gyógyszereket (pl. vérhígítók) el kell hagynia a vizsgálat előtti, a kezelőorvosával egyeztetett időszakban. Vérhígítók szedéséről a kezelőorvosát minden esetben tájékoztatnia kell és a **vérhígító gyógyszer esetleges elhagyása csak orvosi konzultációt követően megengedett.**

Amennyiben véralvadásgátló kezelésben részesül, úgy ezeket átmenetileg fel kell függeszteni vagy át kell állítani az alábbiak szerint:

- acetylsalicilsav (pl. Aspirin protect, Asactal, ASA Protect,...) – szedheti folyamatosan, kihagyása nem szükséges
- acenocumarol (Syncumar) vagy warfarin (Marfarin) - 7 nappal a vizsgálat előtt bőr alá adandó injekcióra (pl. Clexan, Fargmin, Fraxiparin,...) kell átállítani – a vizsgálat előtt INR vizsgálat indokolt - INR értéknek = vagy < 1,5
- NOAC (új típusú véralvadásgátlók, mint pl. Xaralto, Lixiana, Eliquis, Pradaxa,...) 48 órával a vizsgálat előtt szüneteltetni kell



- trombocyta aggregációt gátló készítmények – clopidogrel (Trombex, Zylt, Clopidep, Kerberan,..) 1 héttel a vizsgálat előtt elhagyandók – elhagyás csak orvosi konzultációt követően!

**Lehetséges szövődmények:** A legnagyobb gondossággal elvégzett vizsgálat ellenére is a vizsgálatok elenyésző százalékában szövődmények léphetnek fel.

Szövődmény: 1. Az érzéstelenítő szer, vagy a nyugtató - altatószer iránti túlérzékenység. 2. A beavatkozással kapcsolatos vérzés (pl. polip eltávolítása, szövettani mintavétel követő vérzés) 3. A tápcsatorna perforációja (kilyukadása). Igen ritkán, de előfordulhat, hogy a vizsgálatot követően műtét válik szükségessé. (10 000 vizsgálatból átlagosan 1 esetben) 4. Az eszköz bevezetésekor a garat, vagy a légcső bemenet sérülése. 5. Nagyon ritkán a vizsgálat alatt félrenyelés (ún. aspiratio) és következményes légzési elégtelenség. 6: Halálos szövődmény rendkívül ritka.

Az esetleges szövődmények ellátására a praxis és annak dolgozói felkészültek.

**A szövődmények elkerülése érdekében kérjük, hogy válaszoljon az alábbi kérdésekre:**

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységéről?  igen  nem

Tud-e vérzékenységről?  igen  nem

Szed-e véralvadásgátló – vérhígító gyógyszert?  igen  nem - ha igen, kérem, nevezze meg:.....

Volt-e eszméletvesztéssel járó görcsroham?  igen  nem

Van-e beültetett szívritmus-szabályozója?  igen  nem

Fennáll-e terhesség lehetősége?  igen  nem

Van-e egyéb betegsége?  igen  nem - A betegség megnevezése:.....

**Késői szövődmények:** Ha Önnek az endoszkópos vizsgálat után bármilyen jellegű hasi fájdalma, hányása, véres vagy szurokfekete színű széklete, ill. láza jelentkezne, azonnal értesítse telefonon kezelőorvosát, vagy jelentkezzen a legközelebbi sürgősségi osztályon.

**Beleegyezés esetén:** Kezelőorvosom felvilágosított arról, hogy a felső tápcsatorna endoszkópia (gastroszkópia) vizsgálat betegségem felderítéséhez szükséges. Tájékoztatást kaptam arra vonatkozólag, hogy az eljárás célja, hogy felismerjék a nyelőcső, a gyomor és a vékonybél rendellenességeit, a kóros területről mintát vegyenek és/vagy szükség esetén gyógyító beavatkozást végezzenek (pl. polipeltávolítás, vérzéscsillapítás). Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat szakszerű végrehajtása esetén is előfordulhatnak előre nem látható, az előzőekben nem említett szövődmények.

A fenti tájékoztatót elolvastam, megértettem és választ kaptam minden olyan kérdésemre, amelyeket fontosnak tartottam a javasolt eljárások természetével, céljával, és a bennük rejlő lehetséges komplikációkkal kapcsolatban. Lehetőségem volt minden számomra felmerülő további kérdés szóbeli tisztázására és mindegyikre kielégítő választ kaptam, további kérdéseim nincsenek.

Megértettem, hogy a vizsgálat kezdetéig bármikor meggondolhatom magam és visszavonhatom jelen beleegyezésemet.

Nincs további kérdésem és úgy érzem, az adott tanácsadás kielégítő volt, ezért miután kellő idő állt rendelkezésemre a döntésem megfontolására, ezennel hozzájárulok, és határozottan kérem, hogy a javasolt eljárást rajtam elvégezzék. Ezennel beleegyezem abba is, hogy az orvos elvégezzen bármely szövődmény



esetén indokolt a szövődmény elhárítását célzó beavatkozást-kezelést, (szükség esetén életmentő eljárást), amely szükségessé válhat, még ha nem is volt ez előre látható.

Hozzájárulok, hogy a vizsgálat során készült felvételeket kezelőorvosom elektronikus formában rögzítse. Aláírással tudomásul veszem, hogy adataimat az ellátásomért felelős személyek rögzítik, kezelik, tárolják, feldolgozhatják és 30 évig megőrizhetik, valamint azt, hogy az erre a jogszabályban feljogosított hatóság részére ki adhatják.

Kecskemét, .....

.....  
Beteg aláírása

Aláírással hitelesen tanúsítom, hogy a fent nevezett beteggel az endoszkópos vizsgálat menetét, előnyeit, hátrányait, szövődményeit részletesen megbeszéltem és véleményem szerint a beteg teljes mértékig megértette az elhangzottakat és a beleegyező nyilatkozatban leírtakat és a beleegyezését jelenlétemben, teljesen önkéntes alapon tette.

.....  
Vizsgálatot végző orvos neve  
nyomtatott

.....  
vizsgálatot végző orvos  
aláírása

**Hozzájárulás komplex bódítást és fájdalomcsillapítást szolgáló gyógyszeres előkezelés és a hozzá kapcsolódó szükséges beavatkozásokhoz**

Mit jelent a bódítás: A vizsgálatot végző orvos javaslatára bódító készítményt (Midazolam/Dormicum), egy egyszeri injekciót juttattunk a vénás keringésbe. Ez valamilyen fokú bágyadtságot, bódulatot biztosít, amelynek a határfoka és tartalma egyénenként változó lehet. A bódítás során altató orvos nincs jelen a vizsgálatnál. Az injekció beadását követő állapotot a vizsgálatot végző szakorvos és szakasszisztens felügyeli.

A mai napon kezelőorvosom megbeszélte velem az endoscopos beavatkozáshoz szükséges bódítást és fájdalomcsillapítást szolgáló gyógyszeres előkezelést és felvilágosítást kaptam a lehetséges szövődmények veszélyeiről – amelyek ritkán fordulnak elő (hányinger, hányás, szédülés, félrenyelés, légzésleállás, keringésleállás). Középsúlyos és súlyos szövődmények előfordulása: 0,002%

Tudomásul veszem és betartom, hogy a mai napon nem vehetek részt aktívan a közlekedésben (nem vezethetek) és nem dolgozhatok veszélyes munkahelyen. Ellenjavalt hivatalos, jogi dokumentum aláírása a vizsgálatot utáni 12 óráig.

A bódítást és fájdalomcsillapítást szolgáló előkezelésről szóló tájékoztatót elolvastam, az eljárás lényegét megértettem, lehetőségem volt kérdések feltevésére és azokra kielégítő választ kaptam.

Kérem, és ezennel hozzájárulok, hogy a rajtam tervezett endoscopos beavatkozást a kezelőorvos által javasolt bódítást és fájdalomcsillapítást szolgáló gyógyszeres előkezelés segítségével végezzék el. Továbbá hozzájárulok, hogy a beavatkozás közben szükség esetén felmerülő bódítás és fájdalomcsillapítás módszerén változtassanak.

Kecskemét, .....

.....  
Beteg aláírása