Felső-Szabolcsi Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

A felső tápcsatorna tükrözéses vizsgálata (gastroscopia) a ma ismert legkorszerűbb vizsgálati eljárás a nyelőcső, gyomor, patkóbél betegségeinek (gyulladás, fekély, jó- és rosszindulatú daganat) kimutatására, egyúttal lehetőség van szövettani mintavételre, esetleges gyógykezelés elvégzésére (vérzéscsillapítás, idegen test eltávolítás, polyp levétele).

A vizsgálat menete: Éhgyomorra, a garat helyi érzéstelenítése után egy hajlékony műszer kerül levezetésre a szájon át a nyelőcsőbe, gyomorba, majd a nyombélbe. A vizsgálat fájdalommentes, lényegében csak az idegen testet érzi a vizsgált személy a szájában, garatjában. Ha nyugtalan és kéri, nyugtató injekciót kaphat. A vizsgálat ideje kb. 3-15 perc.

A vizsgálat után: Egy óráig nem lehet étkezni, mert a garat érzéstelenítése miatt a beteg félrenyelhet. Ha nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet.
Szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához, ill. a vizsgálatot végző osztályhoz.

A vizsgálat lehetséges szövődményei: Az érzéstelenítőszer vagy nyugtató injekció iránti túlérzékenység, a beavatkozással kapcsolatos vérzés. A tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 10000 vizsgálatra egy esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében, **kérjük, válaszoljon aláhúzással az alábbi kérdésekre:**

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről:	**igen**	**nem**
Tud-e vérzékenységről:	**igen**	**nem**
Szed-e véralvadás gátló gyógyszert:	**igen**	**nem**
Van-e epilepsziája:	**igen**	**nem**
Van-e zöld hályogja:	**igen**	**nem**
Van-e beültetett szívritmus szabályozója:	**igen**	**nem**
Fennáll-e terhesség:	**igen**	**nem**
Van-e egyéb említésre méltó betegsége:	**igen**	**nem**

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

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....

beteg aláírása
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*

***Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) aláírása szükséges.

FELSŐ-SZABOLCSI KÓRHÁZ KISVÁRDA

Felső-Szabolcsi Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

B.1.7. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT A NYELŐCSŐ, GYOMOR ÉS NYOMBÉL TÜKRÖZÉSES VIZSGÁLATÁBA

A beavatkozást igénybe vevő beteg neve: .....
Szül. idő: ..... TAJ szám: .....
Alulírott kijelentem és aláírásommal megerősítem, hogy ..... betegség (dg. magyarul) miatt szükségessé váló gyomortükrözésbe beleegyezek, illetve engedélyezem, hogy a beavatkozást cselekvőképtelen hozzátartozómon elvégezzék.
Kezelőorvosom Dr. .....a beavatkozás szükségességéről, kivitelezéséről, és esetleges szövődményeiről és következményeiről írásban és szóban részletesen tájékoztatott.
Kérdéseimre kielégítő választ kaptam.
Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.7.** számú **Betegtájékoztató a nyelőcső, gyomor és nyombél tükrözéses vizsgálatába** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak** ***(a nem kívánt részt húzza át).***
A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: .....
.....
..... ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***
A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a beavatkozás elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű eljárás esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Elismerem, hogy beleegyezésem kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

…… ……
Tájékoztatást végző orvos aláírása Beteg aláírása
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*

***Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
.....
.....
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.
Tanú (név, lakcím, szig.szám): …… Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
…… ……
Aláírás: …… Aláírás: ……