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

A vastagbél tükrözéses vizsgálata (colonoscopia) a ma ismert legkorszerűbb vizsgálati eljárás a vastagbél betegségeinek (gyulladás, jó-, és rosszindulatú daganat) kimutatására. Egyúttal lehetőség van szövettani mintavételre, esetleges gyógykezelés elvégzésére (idegen test eltávolítás, polyp levétele, vérzéscsillapítás).

A vizsgálat menete: hashajtás és beöntések után egy hajlékony műszer felvezetése a vastagbélbe a végbélnyíláson keresztül egyidejű levegő befúvással. Szükség szerint a vizsgálat kellemetlenségeinek megelőzésére olykor fájdalomcsillapító injekciót adunk.
A vizsgálat a körülményektől függően 10-30 percig tart. A vizsgálat után maradt puffadás érzése természetes.

A vizsgálat után: ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet. Szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához, ill. a vizsgálatot végző osztályhoz. Egyes esetekben vizsgálat után kórházi megfigyelés válhat szükségessé.

A vizsgálat lehetséges szövődményei: az előkészítéssel összefüggő folyadékvesztés panaszokat okozhat, az érzéstelenítő vagy nyugtató inj. iránt túlérzékenység jelentkezhet, a beavatkozás vérzéssel járhat. A tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmények miatt, 1000 vizsgálatra átlagosan 1 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 még 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) együttes aláírása szükséges.

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

A beavatkozást igénybe vevő beteg neve: .....
Szül. idő: ..... TAJ szám: .....
Alulírott kijelentem és aláírásommal megerősítem, hogy ..... betegség (dg. magyarul) miatt szükségessé váló vastagbéltükrözésbe 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.1.8.** számú **Betegtájékoztató a vastagbél tükrözéses vizsgálatáról** 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: ……