



## BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT VÉGBÉL/VASTAGBÉLTÜKRÖZÉSHEZ

Beteg neve: ..... Taj: .....  
Születési hely:..... Születési idő:.....  
Lakcím, ahol tartózkodik.....  
Tel.:.....  
Háziorvosának neve és elérhetősége:.....  
.....  
.....  
.....

Kedves Betegünk!

Az Ön panaszai, illetve eddigi leletei alapján szükségessé vált a végbél, vagy vastagbéltükrözés /rektoszkópia, vagy kolonoszkópia/ elvégzése. A vizsgálat során lehetőség van rá, hogy az orvos betekintszen a végbélbe, vagy vastagbélbe, és azok kóros elváltozásait felismerje.

A vizsgálat helyi érzéstelenítésben történik. Az eszközt a végbélen keresztül vezetjük le.

A vizsgálat célja:

- Felismerni a bél alsó szakaszának, vastagbél tükrözésekor a felső szakaszának rendellenességeit
- A kóros területből minta vétele

A vizsgálat menete:

- A beavatkozást megelőző napon a vastagbéltükrözés esetében hashajtó adása, a végbéltükrözés estében beöntés adása
- A vizsgálat nem éhgyomorra történik
- Egy merev optikai műszert vezetünk be a végbélbe, vastagbéltükrözés esetében egy hajlékony, száloptikás eszközt (fiberoszkópot)
- A vizsgálat ideje 2-3 perc, vastagbéltükrözéskor 15-20 perc
- A vizsgálat elvégzéséhez nem szükséges befeküdnie az osztályra

Kérjük ügyeljen a következőkre:

- Gyógyszerei bevitelét beszélje meg a kezelőorvosával. Különösképpen, ha a gyógyszerei között véralvadást gátló is szerepel.
- Amennyiben véralvadást befolyásoló gyógyszert szed erről tájékoztassa a vizsgálatot végző orvost.

Lehetséges szövődmények:

- A szövetminta vétele vérzéssel jár
- A műszer okozta sérülés

A fenti szövődmények valószínűsége minimális (10000 vizsgálatból 1 esetben).

A vérzés és sérülés miatt ritkán sürgős műtét válhat szükségessé.

Ha nyugtató injekciót kapott, a reakcióképesség csökkenése miatt a vizsgálat napján ne vezessen autót.

Kérjük, hogy a kórházat az orvossal történt megbeszélés alapján hagyja el.

**Alternatív beavatkozás:**

A beavatkozásnak egyéb alternatívája nincs, a beavatkozás elmaradása az állapot rosszabbodásával járhat.

**Nyilatkozat:**

Nyilatkozom, hogy a kezelőorvos tájékoztatása és a jelen beleegyező nyilatkozat aláírása előtt a gyógykezeléssel / vizsgálattal kapcsolatban lehetőségem volt kérdéseket feltenni és azokra kielégítő választ kaptam.

Tudomásom van arról, hogy jogom van a felajánlott kezelés visszautasítására, amely esetben, ha okozati összefüggés mutatható ki a kezelés elmaradása és az egészségi állapotom esetleges romlása között, kezelőim felelőssége nem állapítható meg.

**A tájékoztatóban leírtakat megértettem, a kezelést/vizsgálatot elfogadom.**

Budapest, .....

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

A tájékoztatóban leírtakat megértettem a kezelést/vizsgálatot visszautasítom, a kezelés/ vizsgálat elvégzésébe nem egyezem bele.

.....  
a beteg aláírása /törv. képviselő/

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
A nyilatkozat aláírását a beteg megtagadta.

Tanúk:

Tanú 1. : .....  
.....  
.....  
.....

Tanú 2. : .....  
.....  
.....  
.....

Dátum:.....

.....  
a felvilágosítást adó orvos neve  
aláírás, pecsét