

Beleegyez nyilatkozat
Nyel cs fém stent behelyezés

Név:	#!NEV; (sz.n.: #!BLEANYKORINEV;)	Sorszám:	#!OSZTVZSGEVES;
Születési hely, id :	#!BSZULHELY; #!SZULIDO; (#!BELETKORA; éves)	TAJ:	#!TAJ_TAGOLT;
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;	Vizsgálat ideje:	#!OSZTVZSGFELV;
Lakcím:	#!BIRSZAM; #!BVAROS; #!BUTCA;		

Önnek nyel cs rosszindulatú daganat miatt a nyelés helyreállításához fém stent behelyezésre van szükség, mivel a szájon keresztüli táplálkozás egyéb módon történ helyreállítására nincs mód.

A vizsgálat el tti teend k

Kérjük, a vizsgálat el tt tájékoztassa orvosát arról, hogy tud-e gyógyszer iránti túlérzékenységr l (allergia), vérzékenységr l, szed-e véralvadásgátló gyógyszert, van-e epilepsziája, zöldhályogja (glaukóma), szívritmus szabályozója (pacemaker), fennáll-e terhesség. A vizsgálat éhgyomorra történik (a vizsgálat el tti napon estig szabad csak étkezni). Ha esetleg m fogsort visel, azt még a vizsgálat el tt vegye ki és helyezze biztonságos helyre.

A vizsgálat menete

A vizsgálat el tt a kórházban fekv beteg kaphat nyugtató, fájdalomcsillapító injekciót. Minden beteg esetén (kivéve, ha Lidocainra allergiás) a garat helyi érzéstelenítést végzik el el ször Lidocain spray-vel. Ezt követ en egy hajlékony, ujjnyi vastag m szert (endoszkópot) vezetnek be szájon keresztül a nyel cs területére. Az endoszkópba ezután vezet drótot vezetünk be, ezt követ en az endoszkópot eltávolítjuk. Erre a vezet drótra helyezük rá a merev Bougie tágítóeszközt, melynek hatására a sz kület kitágul. A vezet drótra felf zzzük a nyel cs fém stent szettet, majd elvégezzük a stent nyitását röntgen ellen rzés mellett.

Lehetséges szöv dmények

A fém stent behelyezés (mint minden orvosi beavatkozás) járhat szöv dménnyel.

El fordulhat az érzéstelenít vagy a nyugtatószer iránti túlérzékenység (allergia), valamint egyéb, a fém stent behelyezésre specifikus súlyos és kevésbé súlyos szöv dmény. A szöv dmény miatt az esetek kb 5 %-ban sürg s m tétet kell végezni. Kés bbi, kevésbé súlyos szöv dmény az esetek 30 %-ban el fordulhatnak, ezen szöv dményeket a következ szakaszban soroljuk fel. A felsoroltak közül a stent elzáródása vagy elmozdulása a leggyakoribb.

Eljárásból adódó szöv dmények:

- I. Vérzés
- II. Nyel cs vagy gyomor átfúródás
- III. Fájdalom
- IV. Aspiratio – Félrenyelés
- V. Oxigénsaturatio csökkenés a szedálás miatt
- VI. Fert zés

A stent behelyezést követ szöv dmények:

- VII. Vérzés
- VIII. Nyel cs vagy gyomor átfúródás
- IX. Fájdalom
- X. Stent elmozdulása
- XI. Tumorbenövés a stenten keresztül
- XII. A tumor túl növése a stent végénél
- XIII. Idegtest érzés
- XIV. Ételfalatok elakadása (rendszeresen szükség lehet öblítésre és a szövettörmelék eltávolítására)
- XV. Reflux – Gyomortartalom visszaáramlása a nyel cs be

XVI.	ladás	Nyel cs gyul
XVII.		Oedema
XVIII.		Fekélyesedés
XIX.	septicus shock	Fert zés és
XX.		Láz
XXI.	Vérmérgezés	Septicaemia –
XXII.	nyelészavar	Visszatér
XXIII.	és a légcs , bronchusok, vagy a mell r felé (egyéb módon, mint ahogy az a betegség lefolyásából eredne)	Sipolyképz d
XXIV.	okból, mint az a betegség lefolyásából eredne)	Halál (egyéb
XXV.		Stenttörés
XXVI.	esszió/légúti kompresszió	Légcs kompr
XXVII.	aorta és a nyel cs közötti sipoly	Üt ér vagy
XXVIII.	átfúródása a környez érképletekbe	A stent

A stent felvezetés mell zése esetén az Ön táplálását csak hasfalon át bevezetett tápszondával vagy vénás táplálással tudnánk megoldani.

A vizsgálat utáni teend k

Átmenetileg szigorú ágynyugalom, folyadékot sem fogyaszthat néhány órán keresztül, amíg kezel orvosa erre engedélyt nem ad! A kés bbiekben a stent miatt ügyelni kell arra, hogy csak függ leges vagy ül helyzetben egyen, alaposan rágjon meg minden falatot, bizonyos ételeket kerüljön (ilyen pl. a hús darab, nyers zöldség (turmixolás nélkül), kenyérdarab). Az étkezések közben és után igyon folyadékot a stent eldugulás megelőzésére. Javasolt az ágy fej részét felemelni, hogy csökkenjen a stenten át a gyomorsav visszaáramlás a nyel cs felé. A behelyezés után egy héttel, majd 1-3 havonta kontrollvizsgálaton kell megjelenjen, a stent helyzetének és átjárhatóságának ellen rzésére.

Nyilatkozat

Beleegyezem, hogy a beavatkozás menetér l fénykép, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé.

Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem abba, hogy kezelésben – felel s személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemcsak orvosok, hanem orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez. A kapott tájékoztatást elegend nek és megfelel nek találtam.

A fenti tájékoztatót megértettem, kérem, hogy a vizsgálatot végezzék el rajtam.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
beteg aláírása

A beteget a vizsgálat el nyeir l, kockázatáról, az esetleges szöv dményeir l felvilágosítottam:

.....
kezel orvos

.....
endoszkópos orvos

.....
endoszkópos asszisztens

Elutasító nyilatkozat

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a beavatkozást elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....

beteg,

gyám/gondnok aláírása