

# Betegtájékoztató és beleegyezési nyilatkozat

## A vastagbél tükrözéses vizsgálata

### CÉL:

- a vastagbél betegségeinek felismerése
- szövettani mintavétel
- gyógykezelés elvégzése (pl. daganat eltávolítása)

**A VIZSGÁLAT MENETE:** hashajtás, beöntés vagy ezek kombinációja után egy hajlékony műszer felvezetése a vastagbélbe egyidejű levegőbefúvással. A vizsgálat kellemetlenségei leküzdésére olykor fájdalomcsillapító injekciót alkalmaznak.

A körülményektől függően a vizsgálat kb. 10-60 percig tart. A vizsgálat után a puffadás érzése természetes.

- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet
- szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához

Vizsgálat után kórházi megfigyelés válhat szükségessé.

### LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az előkészítéssel összefüggő folyadékvesztés panaszokat okozhat
- az érzéstelenítő vagy nyugtató inj. iránt túlérzékenység jelentkezhet
- a beavatkozás vérzéssel járhat
- a tükrözéses művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt ezer vizsgálatra átlagosan egy esetben sürgős műtét válik indokolttá (1:1000).

Az esetleges szövődmények csökkentése érdekében **KÉRJÜK ALÁHÚZÁSSAL VÁLASZOLJON AZ ALÁBBI KÉRDÉSEKRE:**

Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: nem - igen:

.....

Tud-e vérékenységről: nem - igen

Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: nem - igen

Van-e epilepsziája: nem - igen

Van-e zöldhályogja: nem - igen

Van-e beültetett szívritmusszabályozója: nem - igen

Fennáll-e terhesség: nem - igen

Van-e egyéb betegsége: nem - igen : .....

A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁS az Ön kórtörténeti előzménye, leletei birtokában adható. Ha marad valamilyen kérdése, tegye fel vizsgáló orvosának vagy az asszisztensnek!

### **BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT**

A betegtájékoztató elolvasása és a szóbeli tájékoztatás után a javasolt vastagbél tükrözéses vizsgálatba beleegyezem.

Beteg neve:..... Anyja neve:.....

Szül. év, hónap, nap:....., ....., .....

TAJ:.....

Cím:.....

Telefon:.....

Budapest, 20....., .....

dr.....

Vizsgáló orvos

asszisztens

beteg