



KÖCH RÓBERT KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET

3780 Edelény, Dankó Pista u. 80. Pf. 63.

Tel.: 48/524-040 Fax: 48/341-632 email: titkarsag@krkedeleny.hu

BETEGTÁJÉKOZTATÓ A gyomor tükrözéses vizsgálatához

CÉL:

- a nyelőcső-gyomor és a nyombél rendellenességeinek (vérzés, fekély, daganat, 111. egyéb elváltozás) felismerése.
- szövettani mintavétel a kórosnak ítélt területből,
- bizonyos terápiás műveletek elvégzése (vérzéscsillapítás, idegentest eltávolítás, polyp levétele, stb.)

A VIZSGÁLAT MENETE: éhgyomorral, a garat helyi érzéstelenítésével egy hajlékony optikai műszer levezetése szájon át a nyelőcsövön, gyomron keresztül a nyombélbe. Szükség esetén a beteg nyugtató injekciót kaphat. A Vizsgálat fájdalommentes, ideje 3-15 perc.

A vizsgálat után:

- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap nem vezethet,
- a garatérzéstelenítés miatt a vizsgálat után 2 óráig nem étkezhet,
- ha görcs, hányás, vagy fekete széklet jelentkezne, jelezze vizsgáló orvosának személyesen vagy telefonon: (48) 524-040

SZÖVŐDMÉNYEK:

- érzéstelenítő vagy nyugtató injekció iránti érzékenység.
- szövettani mintavétel vagy polyp eltávolításával kapcsolatos kisebb vérzés.
- eszköz okozta sérülés, vagy terápiás endoscopos művelet kapcsán fellépő szövődmény miatt 10.000 vizsgálatra 1 esetben sürgős műtét válhat indokolttá.

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

- Tud-e valamilyen gyógyszer iránti túlérzékenységről: nem - igen
- Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: nem - igen
- Tud-e vérzékenységről: nem - igen
- Van-e epilepsziája, zöld hályogja: nem - igen
- Van-e beültetett szívritmusszabályzója: nem - igen
- Fennáll-e terhesség: nem - igen
- Van-e egyéb említésre, méltó betegsége: nem – igen

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

A jelenlegi járványügyi helyzetben teljeskörű tájékoztatást kaptam a tervezett beavatkozás tekintetében, köztük a koronavírus vizsgálatok és tesztek szükségességéről, elvégzéséről és díjáról.

BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

A tájékoztató elolvasása után a javasolt felső emésztőtraktus tükrözéses vizsgálatba, illetve a szükséges műtéti jellegű terápiás beavatkozásba beleegyezem.

Edelény, 20..... hó nap

orvos aláírása: _____

beteg aláírása: _____