



DR. LÁSZLÓ ELEK
KÓRHÁZ ÉS RENDELŐINTÉZET
OROSHÁZA

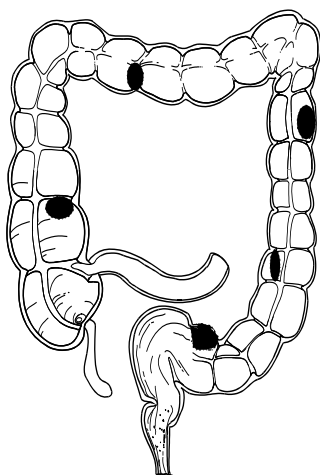
NON-INVAZÍV MÁTRIX
BELGYÓGYÁSZAT SZAKÁG

cím 5900 Orosháza, Könd u. 59.
telefon +36 68 411-166/173; 144; 443
email belgyogyaszat@ohk.hu
fax +36 68 411-166/250
web www.oroshazikorhaz.hu
facebook facebook.com/oroshazikorhaz

Kolonoszkópia (Vastagbél-tükrözés)

A vastagbél tükrözéses vizsgálata a végbél és a vastagbél betegségeinek pontos tisztázásához, az indokolt kezelés elbírálásához válhat szükségessé. A beavatkozás kapcsán lehetőség nyílik a talált elváltozásokból szövettani mintavételre is. A vastagbél-tükrözés során kisebb beavatkozások elvégezhetők. Ilyen pl. a vizsgálat során talált kisebb polypok, bizonyos típusú daganatok műtét nélküli eltávolítása, vérzéscsillapítás. A tükrözés kapcsán szükségessé váló beavatkozásokról kezelőorvosa tájékoztatja Önt.

A vastagbél-tükrözés kivitelezése



A vizsgálatot megelőző napokban kezelőorvosai vagy a vizsgálatot végző osztály által meghatározott diéta tartása szükséges. Amennyiben feltételezett betegsége ezt lehetővé teszi, a vizsgálatot megelőző napon hashajtás is történik. A vizsgált bélszakasz kellő kitisztítása érdekében beöntések is történnek. A beavatkozás fekvő helyzetben történik. A vizsgálat során egy hajlékony műszer kerül bevezetésre a végbélgyűrűn keresztül, melyet előzőleg Lidocain kenőcs segítségével érzéstelenítenek. A jó látási viszonyok elérése céljából a vizsgálat során levegőbefúvás is történik. A beavatkozással járó kellemetlenségek leküzdésére olykor fájdalomcsillapító injekció is szükségessé válhat. A körülményektől függően egy vizsgálat általában 10-30 percig tart.

A vizsgálat után a hasi puffadás érzése természetes. Ha nyugtató injekciót kapott, aznap gépjárművet nem vezethet, otthonába is csak kísérelével távozhat. Egyébként a vizsgálat befejeztével megszokott mindennapi tevékenységét folytathatja.

Esetleges szövődmények

- az előkészítéssel kapcsolatos folyadékvesztés panaszokat okozhat
- érzéstelenítő szer vagy nyugtató iránti túlérzékenység allergiás reakciót, sokkot okozhat
- a beavatkozással kapcsolatos vérzés (pl. szövettani mintavétel kapcsán)
- a tükrözéses műveletek kapcsán sürgős műtét is szükségessé válhat (általában 1.000 vizsgálatból egy esetben), melynek okáról és lényegéről a vizsgálatot végző orvos vagy kezelőorvosa tájékoztatja Önt.

A fenti szövődmények ritkák, kezelhetők, elkerülésük érdekében a beavatkozást végző orvosok a szakma szigorú szabályai szerint járnak el. A vizsgálatot követően fellépő szokatlan panasz esetén forduljon kezelőorvosához, vagy a vizsgálatot végző osztályhoz.

Beleegyezés vagy megtagadás

Beleegyezés

Amikor Ön a beavatkozáshoz írásos beleegyezését adja, akkor egyúttal kijelenti, hogy a vastagbél tükrözéses vizsgálat szükségességéről, céljáról és esetleges veszélyeiről az Ön által kért felvilágosítást megkapta, az abban foglaltakat egészében megértette és tudomásul vette. Kezelőorvosa részletesen, személyére vonatkozóan, érthető szóhasználattal felvilágosította. Tudomásul veszi, hogy a vastagbél-tükrözést betegsége megállapítása ill. gyógyulása érdekében szükséges elvégezni. Megérti, hogy a kolonoszkópiára vonatkozó szigorú szakmai előírások betartása ellenére, a beavatkozás veszélyeket is rejlhet magában. Mindezek alapján egyetért azzal, hogy vastagbél-tükrözést Önön elvégezzék.

Megtagadás

Önnek jogában áll a vastagbél tükrözés megtagadása. Ez esetben írásos nyilatkozatával felmenti orvosait a felelősség alól. A vastagbél tükrözés elmaradása esetén fel nem ismert betegségeiért, állapotának rosszabbodásáért a felelősséget magára vállalja.

Fenti tájékoztató elolvasása után, írásos nyilatkozatának megtétele előtt forduljon kérdéseivel kezelőorvosához vagy a vastagbél-tükrözést végző orvoshoz!

Alulírott:

Név:

Születési idő: év hó nap

Anyja neve:

Lakcím:

TAJ-szám: - -

A rendelkezésemre bocsátott tájékoztató illetve kezelőorvosomtól kapott felvilágosítás alapján a vastagbél-tükrözés szükségességét és a beavatkozással kapcsolatban esetlegesen felmerülő szövődményeket tudomásul vettem, annak rajtam/hozzá tartozómon történő elvégzésébe

beleegyezem / nem egyezem bele.

Megtagadáskor a beavatkozás elmaradásából származó következményekért a felelősséget vállalom, az alól kezelőorvosaimat felmentem.

Orosháza,

.....
felvilágosítást végző orvos

.....
beteg/törvényes képviselő

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név:

Név:

Cím:

Cím: