



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

GYERM-PIC II- 07

**NYELŐCSŐ PH MÉRÉS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS
A BETEG NYILATKOZATA**

Név:	TAJ:
Születési dátum	Betegség:
Lakcím:	

Tájékoztatást adó orvos neve:.....

Tisztelt Hozzá tartozó/ Törvényes képviselő!

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

1. A TERVEZETT BEAVATKOZÁS: NYELŐCSŐ PH MONITORIZÁLÁS

Indikációja (javallata):

A gyomorsav és gyomortartalom visszafolyásának gyanúja a nyelőcsőbe.

Rövid leírása:

Az orron keresztül vékony, hajlékony pH-mérő szondát vezetünk le éhgyomorra és éber állapotban a nyelőcsőbe, ennek helyzetét röntgen képerősítő alatt ellenőrizzük. Ezt követően a szondát ragasztószalaggal az archoz rögzítjük, hogy megakadályozzuk a szonda elmozdulását. A nyelőcső savasságát (pH érték) 24 órán át a szondához rögzített mérőműszerrel mérjük.

2. A tervezett beavatkozás és gyógymód célja:

A nyelőcső savasságának (pH értékének) 24 órás monitorozása.

3. A tervezett beavatkozás során vagy azt követően előforduló lehetséges (nem feltétlen kialakuló) szövődmények:

Hangsúlyozandó, az egyes szövődmények megjelenése és azok súlyossága is változó lehet. Ezért a lehetséges kockázat meghatározása minden esetben az adott fejlettségi mérték figyelembevételével fog megtörténni.

Az előkészítéssel és a vizsgálattal összefüggően folyadékhiány, hányás, nehézlégzés, anatómiai variáció miatti melléksérülés, nyelőcső sérülés, vérzés, gyulladás, tályogképződés alakulhat ki. A beavatkozás kapcsán fellépő váratlan okok, kivételes esetben sérülés vagy más szövődmény miatt sürgős műtét indokoltá válhat.

Felkérem és felhatalmazom a fenti kezelést ill. műtétet végző orvost, orvoscsoportot és asszisztenciáját arra, hogy a kezelés során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, amely orvosilag indokolt, az egészségmegővására ill. az élet meghosszabbítására irányul és késedelme életveszélyes állapotot eredményezhet, illetve utána egészségkárosodáshoz vezethet.

Beleegyezem az orvosi indikáció alapján szükségesnek tartott gyógyszer, infúzió adásába.

Beleegyezem egészségkárosodással vagy életveszéllyel járó állapotban vér, illetve vérkészítmény adásába.



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

4. Alternatívák ismertetése:

Oesophagogastroduodenoscopia (felsőtápcsatorna tükrözése), felső passage (kontrasztanyag röntgen) vizsgálat.

5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:

Késedelmet szenved a diagnózis felállítása.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

Vizsgálat során felállítható a gastrooesophagealis reflux diagnózisa.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartama:

Legtöbbször enyhe, átmeneti panaszok jelentkeznek, melyek néhány órán belül, de legfeljebb 1-3 nap alatt elmúlnak, például torokfájás, nyelési fájdalom, orrirritáció, orrdugulás, hányinger.

8. A beteg/hozzátartozó által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:

.....

.....

.....



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Elismerem, hogy részletes, egyéniesített szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: gyermekem egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt, kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam.

A megajánlott beavatkozás: **NYELŐCSŐ PH MONITORIZÁLÁS**

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beavatkozás olyan, orvosiilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosiilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma:

A beavatkozás tervezett dátuma:

A beteg törvényes képviselőjének aláírása

A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

Budapest, év hó nap óra perc

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

A beteg törvényes képviselőjének aláírása

A kezelőorvos aláírása, pecsétje

Budapest, év hó nap óra perc