



TÁJÉKOZTATÓ és BELEEGYZŐ NYILATKOZAT KÉRDŐÍV altatásban végzett beavatkozás előtt

MIT KELL TUDNI AZ ALTATÁSRÓL?

A cél, hogy a vizsgálat Önnek minél kevesebb kellemetlenséggel járjon, miközben teljes biztonságban tudhatja magát.

A beavatkozás és altatás megkezdése előtt a kéz, kézfej vénájába rövid műanyag csövet (úgynevezett vénakanült) helyezünk be, ezen keresztül fogjuk az infúziót és altatáshoz szükséges gyógyszereket adagolni. A vizsgálat (gyomortükrözés/ gasztroszkópia, illetve vastagbéltükrözés/kolonoszkópia) teljes ideje alatt folyamatosan monitorozzuk élettani működéseit. Mérjük a vérnyomását, pulzusszámát, az ujjára helyezett érzékelőn keresztül (pulzoxymeter) a vér oxigén ellátottságát. Orrszondán keresztül oxigént adunk, szükség esetén lélegeztetjük. Ugyancsak szükség esetén az oxigénellátást a légcsőbe vezetett cső (tubus) segítségével fogjuk biztosítani.

ALTATÁS SORÁN NEM VÁRT ESEMÉNYEK, SZÖVŐDMÉNYEK

Az altatás során nem várt események, szövődmények léphetnek fel, így például:

- torokszárazság, hányinger, hányás, fejfájás,
- átmeneti zavartság, tájékozatlanság, véletlen ébrenlét,
- aspiratio (félrenyelés)
- vérnyomáscsökkenés
- a vénába helyezett műanyag cső mentén gyulladás, vérömleny kialakulása, mellé folyó infúzió a szövetekben
- csökkenő légzésszám, légzésszavar (hypoxia)
- Amennyiben lélegeztetnünk kell, esetleg légcsőtubus behelyezése is szükségessé válik, szájsérülés, fogsérülés, átmeneti torokfájdalom következhet be.
- Ritkán (addig nem ismert szójaallergia esetén) gyógyszer allergia, anafilaxiás reakció, esetleg szívmegeállás fordulhat elő.
- **Szeretnénk megnyugtatni Önt, hogy a súlyos szövődmények elhárítására is fel vagyunk készülve!**

MI TÖRTÉNIK A BEAVATKOZÁS UTÁN?

A beavatkozás után a szükséges ideig megfigyeljük, kizárólag akkor bocsátjuk otthonába, ha tudata, ítélőképessége tiszta, nincs hányingere és tud önállóan inni, járni.

A GasztroKlinikáról önállóan vezetett gépjárművel nem távozhat, kérjük, gondoskodjon kísérőről, Szükség esetén, kérésére taxit hívunk Önnek! Az altatás utóhatásai miatt leghamarabb 24 óra elteltével vehet részt aktívan az utcai forgalomban, dolgozhat munkagépen, illetve fogyaszthat alkoholt.

A beavatkozást követően – amennyiben nincs panasza – 1 óra múlva ihat szénsavmentes vizet, 2 órával később könnyebb ételt fogyaszthat, ám azt, hogy pontosan, mikor, mit ehet, arról részletesen felvilágosítja majd gasztroenterológus szakorvosa. Fájdalomcsillapító, valamint szokásos gyógyszereit altató szakorvossal egyeztetve veheti be.

NYILATKOZAT

Alulírott aláírással igazolom, hogy a fent leírtakat megértettem és elfogadom.

Kijelentem, hogy az általam megadott kórtörténeti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy az esetlegesen eltitkolt információk miatt szövődmények léphetnek fel, amelyek akár az életemet is veszélyeztetik.

Lehetőségem volt arra, hogy a beavatkozás előtt az altatóorvoshoz kérdéseket intézzek (az érzéstelenítési eljárással, annak szövődményeivel, esetleges komplikációkkal és kiegészítő intézkedésekkel kapcsolatba), azokra kielégítő választ kaptam

Az altatással és annak lehetséges szövődményeivel kapcsolatos kimerítő egyéni tájékoztatást megkaptam és azt megértettem.

Az esetlegesen fellépő szövődmény/vészhelyzet esetén tudomásul veszem, hogy a személyzet a lehető legjobb tudása szerint fog ellátni és a szükséges beavatkozásokat elvégzi.

A beavatkozáshoz szükséges altatásba beleegyezem.

Felkérem Dr., hogy rajtam a megbeszélte általános érzéstelenítést elvégezni szíveskedjen.

Kérjük, a megfelelő részt húzza alá: a tervezett beavatkozás:

- gyomortükrözés (gasztroszkópia)
- vastagbélükrözés (kolonoszkópia)
-

Budapest 2024. hó nap

Aláírással igazolom, hogy a beavatkozás során végzett altatásról szóló információkat elolvastam, megértettem és hozzájárulok a beavatkozás elvégzéséhez!

Budapest, 2024.

.....
.....

páciens aláírása
(név nyomtatott betűvel is)

.....
.....

orvos aláírása, pecsét száma
(név nyomtatott betűvel is)

KÉRDŐÍV

altatásban végzett beavatkozás előtt

Beteg neve:

Születési dátum:

Testsúly (kg):

Testmagasság (cm):

Kérjük, hogy saját biztonságos altatása érdekében figyelmesen olvassa el az alábbi kérdéseket és megfontoltan válaszolja meg azokat! Kérjük, húzza alá a megfelelő választ, illetve szükség esetén írásban egészítse ki a megfelelő információkkal

KÉRDŐÍV A SZÖVŐDMÉNYEK MEGELŐZÉSE ÉRDEKÉBEN

1. Állt-e orvosi kezelés alatt az elmúlt 3 hónapban? igen nem
Ha igen, miért?

2. Várandós-e igen nem

3. Szed-e jelenleg gyógyszert? igen nem
Ha igen, miből, mennyit, kérem sorolja fel tételesen
1.
2.
3.

4. Korábban átesett-e bármilyen műtéten, beavatkozáson? igen nem
Ha igen, akkor mik voltak ezek? Kérem, sorolja fel tételesen!
1.
2.
3.

5. Volt-e korábban altatva, érzéstelenítve? igen nem

6. Volt-e altatással vagy érzéstelenítéssel kapcsolatban panasza vagy rossz emléke? igen nem
Ha igen, mi volt ez?

7. Kezelték vagy kezelik-e Önt az alábbi betegségekkel?

Szívbetegség (Pld.: szívinfarktus, mellkasi fájdalom, szívizomgyulladás, szívbillentyűhiba, fulladás, lábszárvizenyő, ritmuszavar stb.)	igen	nem
Magasvérnyomás	igen	nem
Érbetegség (Pld.: érszűkület, visszér, trombózis stb.)	igen	nem
Tüdőbetegség (Pld.: TBC, tüdőtágulat, krónikus hörghurut, asztma stb.)	igen	nem
Májbetegség (Pld.: sárgaság, májgyulladás, májzsugor stb.)	igen	nem

Gyomorbetegség (Pld.: fekély, vérzés)

Cukorbetegség

- Csak diétával kezelt:
- Tablettával kezelt:

Milyen készítmény szed, mekkora dózisban?

- Insulinnal kezelt

Vesebetegség (Pld.: vesegyulladás, vesekő)

igen nem

Pajzsmirigy betegség

igen nem

Szembetegség (Pld.: zöldhályog)

igen nem

Idegrendszeri betegség (Pld.: epilepszia, Parkinson-kór)

igen nem

Agyvérzés, agyérgörcs stb.

igen nem

Pszichiátriai betegség (Pld.: depresszió)

igen nem

Csont, ízületi betegség

igen nem

Véralvadási zavar, vérzékenység

8. Van-e a fentiekén kívül bármilyen más betegsége?

igen nem

Ha igen, akkor kérem, tételesen sorolja fel:

- a)
- b)

9. Van-e gyógyszer és/vagy ételallergiája?

igen nem

Ha igen, akkor kérem, tételesen sorolja fel:

- a)
- b)

10. Van-e kivehető fogpótlása?

igen nem

11. Van-e mozgó foga?

Ha igen, melyik/ek

12. Dohányzik?

igen nem

13. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?

igen nem

14. Használ-e rendszeresen kábítószer, élénkítő gyógyszert?

igen nem

15. Ha Ön nő, mikor volt az utolsó menstruációja?

16. Kérjük, húzza alá, milyen típusú beavatkozásra érkezett a GasztroKlinikára?

gasztroszkópia/kolonoszkópia/gasztroszkópia-kolonoszkópia

Budapest, 2024.

.....
.....

páciens aláírása
(név nyomtatott betűvel is)

.....
.....

orvos aláírása, pecsétszáma
(név nyomtatott betűvel is)