

## Betegtájékoztató és beleegyezési nyilatkozat A vastagbél tükrözéses vizsgálata

### CÉL:

- a vastagbél betegségeinek felismerése
- szövettani mintavétel a kórosnak ítélt területről

**A VIZSGÁLAT MENETE:** hashajtás, beöntés vagy ezek kombinációja után egy hajlékony optikai műszer felvezetése a vastagbélbe egyidejű levegőbefújással. A vizsgálat kellemetlenségei leküzdésére olykor fájdalomcsillapító injekció alkalmazása. A körülményektől függően a vizsgálat kb. 10-40 percig tart. A vizsgálat után a puffadás érzése természetes.

- ha a beteg nyugtató injekciót kapott, aznap járművet nem vezethet, veszélyes munkát nem végezhet.
- görcs, hányás, fekete vagy véres széklet és egyéb szokatlan panasz esetén forduljon vizsgáló orvosához.  
Vizsgálat után kórházi megfigyelés válhat szükségessé.

### LEHETSÉGES SZÖVŐDMÉNYEK:

- az előkészítéssel összefüggő folyadékvesztés panaszokat okozhat;
- az érzéstelenítő vagy nyugtató injekció 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 túlérzékenységéről: nem – igen:

.....  
Tud-e vérzékenységről: nem – igen  
Szed-e véralvadást gátló gyógyszert: nem – igen  
Van-e epilepsziája: nem – igen  
Van-e zöldhályogja: nem – igen  
Van-e beültetett szívritmus-szabályozója: nem – igen  
Fennáll-e terhesség: nem – igen  
Van-e egyéb betegsége: nem – igen

ha igen ide sorolja fel:

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

### **BELEEGYZÉSI 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:.....

Miskolc, 20....., .....

Dr. Zéman Zsolt Ph.D.

.....  
vizsgáló orvos

beteg