



VIDEOENDOSZKÓPOS VIZSGÁLAT BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név) (születési hely, idő)
..... (anya neve) (TAJ szám) tanúsítom,
Hogy engem Dr kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

A betegségemről, amely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

A javasolt gyógyomódról, amely (magyarul) **műtét**, annak kockázatairól, és

A helyette alkalmazható gyógyomódokról, mint:,

Valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről. Ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait. A javasolt gyógyomód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövödményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövödmények, amelyek a várható gyógykezelést kedvezőtlenül befolyásolhatják

(a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki olvashatóan, magyarul)

.....
Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének, vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövödményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

A kezelésbe, (műtétbe stb.) való beleegyezésemet, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék
(olvasható leírás)

A gyógyszer indukált mesterséges narkózisban végzett alvásendoszkópia

A gyógyszer indukált alvásendoszkópia a felső légutak alvás közbeni vizsgálatának egyedülálló módja. A gyógyszerekkel indukált szedáció során lehetőség nyílik a felső légutak teljes hosszának fiberoszkóppal történő vizsgálatára a horkolási hangeffektus kiadása valamint az obstrukció produkálása közben, vizualizálhatóvá válik az obstrukció helye, kiterjedése, foka. Az obstrukció és a vibráció helyének és kiterjedésének meghatározása kritikus fontosságú az alvásfüggő légzészavaros betegek terápiájának sikerességében, különös tekintettel a sebészi beavatkozásokra.



Indikációk:

Az vizsgálatot mindenképpen javasolt elvégezni nem kellően effektív sebészi beavatkozás után, újabb terápia vagy sebészi beavatkozás indikálása előtt, valamint olyan esetekben, amikor a hagyományos, éberén kivitelezett fizikális és eszközös vizsgálatokkal nehezen sejthető a szűkület helye.

Kivitelezés:

Az alvásendoszkópia kivitelezése során a beteget kardiorespiratorikus monitorozással (pulzoxymetria, vérnyomás, EKG) folyamatosan követni kell. Biztosítani kell továbbá az oxigén adásának lehetőségét, valamint az esetleges intubációhoz szükséges eszközöket. **A betegnek éhgyomorrra kell maradnia** a regurgitáció és aspiráció megelőzése céljából. A páciens hanyatt fekvő helyzetben kell elhelyezni a műtőasztalon, lehetőség szerint biztosítva az alvást elősegítő viszonyokat (csend, besötétítés, párnahasználat). A vizsgálatot video- és hangrögzítés mellett célszerű elvégezni a későbbi részletes analízis céljából.

A beavatkozás kapcsán létrejött komolyabb komplikációról vagy mellékhatásról nem ír az irodalom.

A gyógyszer indukált alvásendoszkópia nagyon hatékony kiegészítője lehet a horkoló és alvásfüggő légzéscsavaros betegek kivizsgálásának a polyszomnográfia/alvásvizsgálat és az éber állapotban végzett fizikális vizsgálatok mellett. A vizsgálat segítségével egyedileg behatárolhatók a hang-és szűkületet okozó anatómiai struktúrák.

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig a gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. A döntéseket a kezelőorvosaimra bízom.

(Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – aláírásával kérjük erősítse meg! E megerősítő nyilatkozat hiányában tájékoztatásról való lemondás érvénytelen.)

A lemondó nyilatkozatot megerősítem:

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása



EUROP-MED Orvosi Szolgáltató Kft. Egészségügyi Központ

Főigazgató főorvos: Dr. Kovács Attila

Előttük, mint tanúk előtt:

1.) Név: 2.) Név:
Lakik: Lakik:
Sz. ig. sz.: Sz. ig. sz.:

Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

.....
.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt korlátozásokkal tájékoztassák:

.....
.....

Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

.....
.....

Háziorvosomat kérésére, betegségemről teljes körűen tájékoztassák / ne tájékoztassák.

(A kívánt rész aláhúzendó.)

Budaörs, 20.....

.....
.....

kezelőorvos aláírása

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

P.H

Előttük, mint tanúk előtt:

1.) Név: 2.) Név:
Lakik: Lakik:
Sz. ig. sz.: Sz. ig. sz.: