



GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

Szívtultrahang vizsgálat a nyelőcsőből (Transoesophagealis echokardiográfia)

A beteg neve: **azonosítója:**.....

Tisztelt betegünk!

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél **a nyelőcsőből szívtultrahang vizsgálatot** végezzünk.

A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, mielőtt kezelőorvosa személyesen, is tájékoztatja Önt a szükséges beavatkozás részleteiről, figyelmesen **olvassa el** ezt az ismertetőt, majd az orvosi tájékoztatást követően sajátkezűleg **írja alá** a végén levő beleegyező nyilatkozatot.

Kérjük az utolsó oldalon található „**Ellenőrző listát**” is töltsse ki!

Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásba, ne ezt, hanem egy - szintén kezelőorvosától kapott - **Megtagadó nyilatkozatot** írjon alá. Kérjük, fontolja meg döntését!

A vizsgálat célja: Szokásos mellkasi echokardiográfiás (szívtultrahang) vizsgálatokkal nem minden szívészlet ábrázolható megfelelő pontossággal. A nyelőcső felől ezeket, különösen a nyelőcsőhöz közel fekvő részeket igen jó minőségűen vizsgálhatjuk (bal pitvar, pitvari sövény, billentyűk, műbillentyűk, mellkasi főverőér, főtüdőverőér, a koszorúerek eredése.). Előfordul, hogy a szokásos mellkasi ultrahangvizsgálattal nem is kapunk értékelhető képeket (elhízás, a mellkas szabálytalan alakja miatt, súlyos állapotban, mesterséges lélegeztetés mellett).

A vizsgálat szükségességét kezelőorvosa az echokardiográfiát végző orvossal megbeszélve dönti el. Szükséges lehet a nyelőcső-echokardiográfiára a szívben, a billentyűkön feltételezett vérrögök, gyulladásos lerakódások, veleszületett szívbetegségek, billentyűhibák, műbillentyűhibák, mellkasi főverőér-repedés kimutatására. A vizsgálat lehetővé teszi a betegség pontos diagnózisát és a kezelés megtervezését. **A vizsgálat** elmaradása esetén mindez nem lehetséges.

A vizsgálat menete: A vizsgálat hasonlít a gyomortükrözésre. Egy kb. 1 cm vastag hajlékony, rugalmas csövet kell lenyelnie. A vizsgálatot legalább 6 óras éhezés előzi meg, de a reggeli gyógyszereket be szabad venni. A garatot érzéstelenítő spray-vel kezeljük, hogy a vizsgálócső lenyelése ne okozzon panaszt. Előtte a kar vénájába tűt helyezünk, melyen keresztül a vizsgálat alatt gyógyszereket adhatunk. Rutinszerűen a vizsgálatot felszínes bódításban végezzük. A vizsgálatot végezhetjük enyhe, rövid altatásban, amikor az altatószert aneszteziológus szakorvos adja be a vénába helyezett tűn keresztül, vagy - kérésére - altatás nélkül. Az altatás segítségével a beteg semmilyen kellemetlenséget nem érez a vizsgálat alatt. Az altatás miatt a kivehető fogakat ki kell venni a vizsgálat előtt. A vizsgálat alatt a beteg pulzusát és légzését folyamatosan ellenőrizzük a monitor segítségével, a teljes ébredésig. A beteg keringésének és légzésének javításához szükséges eszközök készenlétben állnak. A vizsgálat átlagos *időtartama* 15-30 perc. Az ébredés után még kb. **1 óráig** nem szabad étkezni, folyadékot fogyasztani a félrenyelés veszélye miatt (a torkot érzéstelenítettük). Ha a vizsgálat altatásban, vagy bódításban történt, aznap nem szabad gépkocsit, egyéb járművet vezetni.

A vizsgálat esetleges szövődményei: Kisebb szövődmény is csak elvétve fordul elő: múló ritmuszavar, hányinger, szájnyalvakahártya vérzés. A súlyos állapotban lévő beteg légzése még nehezebbé válhat. Ennek elkerülésére, megelőzésére oxigént adunk, orrszondán keresztül. A nagyon súlyos állapotban levő beteget az intenzív osztályon, altatva, lélegeztető gép segítségével vizsgáljuk, hogy állapota stabil maradjon. Szükség esetén a folyamatos vérnyomásmérést is biztosítjuk. Az esetleges szövődmények elhárítására felkészültünk.



Intézeti Protokoll
Betegtájékoztatás és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása
18.sz. melléklet

Oldal: 2/3
Kiadás száma: 2

ORVOSI NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatban valamennyi kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és olyan mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam. Az orvos kiegészítése:

A beteg kérdései:

Az orvos válaszai:

Budapest, évhónap

.....
a tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő
orvos(ok) aláírása

A BETEG /TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyre szabott, egyéniesített, minden releváns részletre kiterjedő szóbeli orvosi tájékoztatást megértettem, amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre. Ugyancsak megértettem a beavatkozással kapcsolatos valamennyi szövődmény kockázatát. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben az invazív beavatkozás során annak előre nem látható kiterjesztése válik szükségessé, úgy a beleegyezésem hiányában is elvégezhető a kiterjesztés, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a kiterjesztés valamely szervem vagy testrészem elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, úgy azt csak közvetlen életveszély esetén, vagy aránytalanul súlyos teher esetén szabad végrehajtani.

Budapest,..... évhó nap

.....
Beteg, vagy törvényes képviselő aláírása

.....
a törv. képviselő jogcíme

(A hozzátartozói minőségemet megvalósító rokonsági fok, illetve jogcím: a beteg gyermekem, örökbefogadott gyermekem, a beteg gyámja, gondnoka vagyok, egyéb jogcím, illetve rokonsági fok.)



Ellenőrző lista

(Transoesophagealis echokardiográfia)

Kérjük töltsse ki a dupla vonalig (jelölje aláhúzással)!

| | | |
|---|------|-----|
| Utóbbi 6 órában fogyasztott-e ételt, italt? | igen | nem |
| Kísérővel jött (ambuláns beteg)? | igen | nem |
| Kivehető fogsora van-e? | igen | nem |
| Az alábbi betegségek közül van-e Önnek: | | |
| - nyelőcső betegsége? | igen | nem |
| - nyelőcső/gyomor műtete? | igen | nem |
| - nyelési nehézsége? | igen | nem |
| - rekeszsérve? | igen | nem |
| - tüdőbetegsége (asthma, COPD)? | igen | nem |
| - vérzékenység, hematológiai betegsége? | igen | nem |
| - gyógyszerallergia? | igen | nem |
| Ha igen, a gyógyszer neve: | | |
| Szed-e rendszeresen altatót, nyugtatót? | igen | nem |
| Vérhígító gyógyszert szed-e? | igen | nem |
| Ha igen, a gyógyszer neve:..... | | |

Ellenőrzést végző tölti ki:

Utolsó ismert INR (Syncumar/Warfarin esetén):

Vérnyomás a vizsgálat előtt:/ Hgmm

Oxigén szaturáció vizsgálat előtt: %

Budapest, 20.....

.....
beteg v. törv. képviselő aláírása

.....
ellenőrzést végző aláírása