



GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

A beteg neve:, azonosítója:

Gyomorszonda alkalmazása Betegtájékoztató és nyilatkozatok

Tisztelt Betegünk!

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél **gyomorszondát** helyezünk be, és ezen keresztül tápláljuk.

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.

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 beavatkozás célja: Az intenzív ellátásra szoruló betegek táplálása aktívan, szájon át kívánatos; ha ez nem kivitelezhető, akkor szondán át tápláljuk a beteget, amely módszer az élettanhoz a legközelebb áll.

A beavatkozás szükségességének indoklása; elmaradásának következményei: Számos esetben a szájon át történő táplálás nem valósítható meg, vagy nem kielégítő.

1. A beteg *nem képes* aktívan táplálkozni (pl. zavart tudati állapot, hányinger, hányás, az emésztőcsatorna felső szakaszának sérülései stb. miatt);
2. A beteg *nem hajlandó* táplálkozni (pszichotikus állapot, étvágytalanság stb.);
3. A beteget *tilos* az emésztőcsatornán át táplálni (gyomor-bél rendszer sérülései, vérzése, műtét után gyomor-bélmozgás átmeneti leállása stb.)

A beavatkozás menete: A szondán keresztül -mely lehet orron át vagy szájon át vezetett szonda- a tápoldatokat szakaszosan adagoljuk. Minden újabb adagolás előtt a szonda megszívásával meggyőződünk a gyomor kiürüléséről. A közbeiktatott szünetekben a szondát elzárjuk. A szondatáplálékok biológiailag nagy tápértékűek, jól elviselhetők, patogén csiramentesek (szénhidrát, fehérje, zsír). A szondatáplálás összetételénél figyelembe kell venni a súlyos szívelégtelenséget, májelégtelenséget, veseelégtelenséget és egyéb anyagcserezavarral járó kórképeket. A megfelelő összetételű szondatáplálék (fehérje- szénhidrát-zsír arány) alapfeltétele a szövődmenymentes szondatáplálásnak.

A beavatkozás lehetséges szövődményei: A szondatáplálás feltétele az emésztőcsatorna kielégítő mozgásképesége és a normális bélflóra. Hiányában a szondatáplálás gyomor-bél csatorna kitágulásához, élettani mozgásainak csökkenéséhez, a gyomortartalom visszacsorgásához, hányáshoz, félrenyeléshez vezet.



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

Oldal: 2/2
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 megbeszél-tük, lehetőséget adva a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam. Az orvos kiegészítése:

A beteg kérdései:

Az orvos válaszai:

Budapest, év hó nap

.....

A tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő
orvos(ok) aláírása

A BETEG /TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

A *gyomorszonda alkalmazására* 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 beavatko-zással kapcsolatos valamennyi szövődmény kockázatát. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilá-gosító 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 sür-gős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a kiterjesztés valamely szervem vagy testrészem elvesztéséhez vagy funkciójának teljes ki-eséséhez vezetne, úgy azt csak közvetlen életveszély esetén, vagy aránytalanul súlyos teher esetén szabad végrehajtani.

Budapest,..... év hó nap

.....

Beteg, vagy törvényes képviselő aláírása

.....

a törv. képviselő jogcíme

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