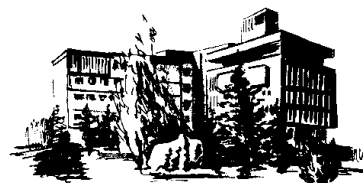


SIÓFOK VÁROS KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZETE

8601 Siófok, Semmelweis u. 1.

Pf.: 38 Tel.: 84/310-510 Fax: 84/310-510

e-mail: siokhig@axelero.hu



Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Gyomormosás		
Változat: 01	Készült: 2003.03.07	1.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2003.03.10.	2 oldalból	0
Dokumentum száma:	Hatályba helyezte: Dr. Inczeffy István osztályvezető főorvos		
Bny./05.			

Beteg neve: TAJ szám:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy a megfelelő kezelése és mielőbbi gyógyulása érdekében gyomormosást kell végezni. A Siófok Város Kórház – Rendelőintézet gyógyító csoportja a beavatkozásról ezúton szeretne tájékoztatást adni

A beavatkozás célja:

Az esetlegesen még gyomorban lévő mérgeanyag(ok) eltávolítása. Tisztázatlan eredetű eszméletlenség esetén diagnosztikus célból.

A beavatkozás módja:

A garatot előbb helyileg érzéstelenítjük, majd szájon keresztül kb. 1 cm vastag gumicsövet vezetünk be a gyomorba, melyen át a gyomrot bő vízzel átmoszuk, majd aktív szén adagolunk és a csövet kihúzzuk. Az egész beavatkozás kb. 10 percig tart. Fájdalommal nem jár, csak némi hányingerrel.

Szövődmények:

Hányinger, hányás, fertőzés, kisebb sérülések szájban és garatban. Elvileg gyomor-, illetve bélperforáció előfordulhat, de ez igen ritka. A szövődmények elhárítására és kezelésére felkészültünk.

A beavatkozás elmaradásának következménye:

A diagnózis tisztázatlansága, a mérgeanyag el nem távolítása miatt annak további felszívódása következtében az állapot súlyosbodása.

Alternatív lehetőség:

Mérgezés esetén alternatív lehetőség nincs.

SIÓFOK VÁROS KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZETE

8601 Siófok, Semmelweis u. 1.

Pf.: 38 Tel.: 84/310-510 Fax: 84/310-510

e-mail: siokhig@axelero.hu



Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Gyomormosás		
Változat: 01	Készült: 2003.03.07 Hatályos: 2003.03.10.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 0
Dokumentum száma: Bny./05.	Hatályba helyezte: Dr. Inczeffy István osztályvezető főorvos		

Beleegyezési nyilatkozat

A betegtájékoztató elolvasása és szóbeli tájékoztatás után, melyet megérttem a javasolt beavatkozás elvégzését kérem:

.....
a felvilágosítást végző személy

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....
a felvilágosítást végző személy

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....
aláírás

2. Tanú:.....
aláírás

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!