

Betegtájékoztató és beleegyező lap

Dokumentum címe:	Gyomormosás		
Változat: 02	Készült: 2017.05.08.	1.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2017.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./CsGy./02.	Hatályba helyezte: Dr. Márkus Anita osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ száma:

Tisztelt Szülő!

Tájékoztatjuk, hogy gyermeke betegsége, a feltételezett mérgezés.

A beavatkozás célja:

Az esetleges még gyomorban levő méreganyag eltávolítása céljából gyomormosás vált szükségessé.

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul).....**A beavatkozás tervezett időpontja:****A beavatkozás módja:**

Szájon keresztül kb. 1 cm vastag gumicsövet vezetünk le a gyomorba, melyen keresztül 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.

A gyermek a vizsgálathoz történő lefogás ellen tiltakozhat.

Az esetleges szövődmények:

Hányinger, hányás, sterilitás hiánya esetén fertőzés.

Elvileg gyomor-, illetve bélperforáció előfordulhat, gyakorlatban ilyenre még nem volt példa.

A beavatkozás elmaradásának következménye:

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

Alternatív lehetőségek:

Mérgezés esetén alternatív lehetőség nincs.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Gyomormosás		
Változat: 02	Készült: 2017.05.08.	2.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2017.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./CsGy./02.	Hatályba helyezte: Dr. Márkus Anita osztályvezető főorvos		

Beleegyezési nyilatkozat

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, ezzel kapcsolatban további kérdésem nincs. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....
 a felvilágosítást végző személy

.....
 szülő / törvényes képviselő neve, aláírása

szem.ig.száma:

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

Elutasító nyilatkozat

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

.....
 a felvilágosítást végző személy

.....
 szülő / törvényes képviselő neve, aláírása

szem.ig.száma:

1. Tanú:.....
 aláírás

2. Tanú:.....
 aláírás

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

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!