



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Csípőízületi diagnosztikus blokádn/denerváció

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatályba lépés:

2023-04-28

Kórház neve:**Tagkórház megnevezése:****Tagkórház címe:***Osztályvezető főorvos:***Beteg neve:****Születési név:****Születési hely, idő:****Lakcím:**NEAK KÓD: **150124011**

Tel.: +3642599700

TAJ szám:**Anyja neve:**

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában☐ bb) gyermeke, ennek hiányában☐ bc) szülője, ennek hiányában☐ bd) testvére, ennek hiányában☐ be) nagyszülője, ennek hiányában☐ bf) unokája☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában☐ cb) szülője, ennek hiányában☐ cc) testvére, ennek hiányában☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában☐ ce) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?

Igen / nem¹**Ha igen:**

Támogató neve:

Címe:

Telefonszáma:

¹megfelelő rész aláhúzendó**1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):****2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):**

csípőízületi diagnosztikus blokádn / alkoholos denerváció / radiofrekvenciás denerváció (ablatio)

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:****5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**Előreláthatólag a beavatkozás várható előnyei:

- néhány hétig- néhány hónapig kitartó fájdalomcsökkenés/fájdalommentesség, ízületi funkció visszanyerése/javulása
- szükséges fájdalomcsillapító gyógyszerek mennyiségének csökkenése, ezzel a mellékhatások kivédése
- mobilizáció, testsúlycsökkentés, életminőség javulása

Kockázatai:

Gyakori:

- fájdalom átmeneti fokozódása (néhány nap)
- néhány percre tartó égő érzés az injekció helyén (alkohol adását követően léphet fel)

- átmeneti zsibbadás, feszülés érzés az ízületben
- átmeneti izomgyengeség
- hónapok elteltével a fájdalom visszatérhet
- cukorbetegség esetén a beadott szteroid miatt átmenetileg magasabb vércukorértékek
- átmeneti vérnyomáskiugrás

Ritka:

- fertőzés, vérzés
- gyulladás
- allergiás reakció a gyógyszerekre
- necrosis (az izom ideg feletti területének sérülése, elhalása - alkohol adását követően léphet fel)
- érzészavar
- idegkárosodás

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Tartós ízületi fájdalom, ízület funkciójának elvesztése, mozgáskorlátozottság, izomerő csökkenése, gyógyszeres fájdalomcsillapítók mellékhatásai, életminőség további romlása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- nem gyógyszeres konzervatív technikák (testsúlycsökkentés, gyógytorna, segédeszközök használata)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák (intraarticularis terápiák, regeneratív terápiák)
- műtéti megoldás

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A beavatkozás lényege, hogy a csípőízületet ellátó érzőidegeket, melyek a fájdalomérzés továbbításáért felelősek, tartósan roncsoljuk. Ez történhet kémiai (alkohol) vagy fizikai (hő) módszerrel. A denervációt jelentős csípőfájdalom esetén javasolt elvégezni, melynek háttérében előrehaladott ízületi kopás áll. Azoknak a betegeknek ajánlott, akik protézis műtetre várnak (több hónapos várólista), nem akarnak vagy nem kaphatnak protézist az egyéb betegségeik miatt. Azok a betegek is javulhatnak, akinek már van protézise, de jelentős fájdalmuk maradt.

A beavatkozás alatt Ön egy vizsgálóasztalon fekszik. Ultrahang segítségével megkeressük a csípőízületet ellátó érzőidegeket. A beavatkozás helyét lefertőtlenítjük, majd ultrahangos ellenőrzés mellett diagnosztikus blokkot hajtunk végre. Ennek során egy vékony tűn keresztül steril körülmények között helyi érzéstelenítőt (és szteroidot) fecskendezünk az idegek mellé, ezzel átmenetileg kikapcsoljuk az idegek működését. A beteg kipróbálhatja, milyen mértékű fájdalomcsökkenésre számíthat az ablatiot követően. Sikeres diagnosztikus blokk esetén várható a denervációtól a tartós fájdalomcsökkenés. Alkoholos ablatio esetén a diagnosztikus blokkot követően újabb, a korábbival megegyező szúrást hajtunk végre, melynek során a helyi érzéstelenítő oldat helyére alkoholt fecskendezünk. Radiofrekvenciás ablatio esetén egy speciális tűt pozícionálunk ultrahang segítségével a fájdalomingerületet közvetítő érzőidegek mellé. A radiofrekvenciás impulzusok hőt generálnak a tű hegye körül, mely az alkoholhoz hasonlóan az idegek tartós károsodását eredményezi.

A beavatkozást egy ambuláns betegvizsgálat előzi meg. Ekkor részletesen beszélünk a beavatkozásról, valamint az azt követő teendőkről, lehetséges szövődményekről. A beavatkozás napján a megbeszélt időpontban és helyszínen jelenjen meg kísérő jelenlétében.

A beavatkozás alatt Ön ébren lesz, az orvos végig kommunikálni fog Önnel. Ez fontos számunkra és az Ön számára is, hogy amennyiben bármilyen kellemetlenség, panasz jelentkezik, tudja jelezni. A beavatkozás hozzávetőlegesen 15-45 percet vesz igénybe, utána rövid megfigyelés következik. A további teendőkkel kapcsolatos rövid tájékoztatást követően hozzátartozó kíséretében otthonába távozhat.

A beavatkozás nem végezhető abban az esetben, ha véralvadást gátló gyógyszert szed (ezt a kezelőorvossal történt megbeszélteknek megfelelően fel kell függeszteni), ha a beavatkozás helyén gyulladás, fertőzés észlelhető, illetve, ha 3 hónapon belül a kezelni kívánt ízületbe egyéb gyógyszeres injekciót kapott.

A beavatkozást követően autót nem vezethet, a tömegközlekedés sem ajánlott! Fontos, hogy átmenetileg (néhány nap) a fájdalom fokozódhat, ebben az időszakban szükség lehet gyógyszeres fájdalomcsillapításra. Javasolt gyógyszerek a paracetamol tartalmú fájdalomcsillapítók. Másnapról vissza lehet térni a normál fizikai aktivitáshoz.

Ablatiot követően 2-4 hét elteltével várható részleges/teljes fájdalomcsökkenés, mely akár 6-12 hónapig is kitarthat.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(p:)
kezelőorvos aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (A nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása.):

.....
.....

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességben az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(p:)
kezelőorvos aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

(p:)
kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....
.....
.....

Dátum:

beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István út 68. Tel: 0642/599-700