



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
Facet ízületi (gerinc kis ízületi) diagnosztikus
blokádn/radiofrekvenciás kezelés

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatályba lépés:
2023-04-28

Kórház neve:

Tagkórház megnevezése:

Tagkórház címe:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD: **150124011**

Tel.: +362599700

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés 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

☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés

☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában

☐ bb) gyermeke, ennek hiányában

☐ cb) szülője, ennek hiányában

☐ bc) szülője, ennek hiányában

☐ cc) testvére, ennek hiányában

☐ bd) testvére, ennek hiányában

☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában

☐ be) nagyszülője, ennek hiányában

☐ ce) unokája

☐ bf) 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 aláhúzendő

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):

Nyaki / háti / ágyéki facet ízületi (gerinc kis ízületi) diagnosztikus blokádn / radiofrekvenciás kezelés

3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:

4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:

5./ Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:

Előreláthatólag a beavatkozás várható előnyei:

- hetekig-hónapokig kitartó fájdalomcsökkenés/fájdalommentesség
- szükséges fájdalomcsillapító gyógyszerek mennyiségének csökkenése, ezzel a mellékhatások kivédése
- fokozott mobilitás
- életminőség javulása

Kockázatai:

Gyakori:

- fájdalom az injekció helyén
- zsibbadás a derék, fartájék, alsó végtagok területén
- fokozódhat a fájdalom a beavatkozást követően, ami 3-5 napig tarthat
- cukorbetegség esetén a beadott szteroid miatt átmenetileg magasabb vércukorértékek
- átmeneti vérnyomáskiugrás

Ritka:

- fertőzés, vérzés
- gyulladás
- allergiás reakció a gyógyszerekre
- idegsérülés
- érzészavar
- nagyon ritkán előfordulhat discitis (porckorong gyulladás), érsérülés miatt a gerincvelő vérellátásának károsodása
- extrém esetben előfordulhat bénulás, incontinencia, gerinchártya bevérzés, epidurális tályog, központi idegrendszeri görcs, légzésleállás, szívmegállás, halál (igen ritka)

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Tartós gerincfájdalom, rendellenes testtartás, további ízületek érintettsége, mozgáskorlátozottság, gyógyszeres fájdalomcsillapítók mellékhatásai, életminőség további romlása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- nem gyógyszeres konzervatív technikák (testsúlycsökkentés, gyógytorna, deréköv használata)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák (pl. intraarticularis terápiák, epidurolysis)

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A gerincoszlopot alkotó csigolyákat összekötő kis ízületeket nevezzük facet ízületnek. A szomszédos csigolyákat 4-4 facet ízület köti össze. Ezek feladata, hogy stabilizálják a gerincet, segítsék annak mozgását. A fájdalom kialakulásáért felelős lehet többek között mechanikus sérülés, gyulladás vagy osteoarthritis (ízületi porckopás). A fájdalom enyhítésére többféle beavatkozás létezik, az ízületbe adott injekciókkal, valamint az ízületet beidegző ideg mellé adott gyógyszerekkel, ezek radiofrekvenciás kezelésével is elérhető tartós fájdalomcsillapítás. A radiofrekvenciás kezelés során lehetőség van az idegek működésének szabályozására, továbbá az idegek roncsolására, mely magasabb hőmérsékleten folytatott kezeléssel érhető el. A beavatkozás nyaki, háti, illetve ágyéki ízületeket érintő fájdalom esetén egyaránt végezhető.

A beavatkozás alatt Ön a megfelelő előkészítést követően egy vizsgáló/műtőasztalon hason fekszik. A beavatkozás területét fertőtlenítést követően izoláljuk, helyi érzéstelenítést végzünk. Ezt követően a tűt ultrahang/képerősítő ellenőrzése mellett pozicionáljuk. A tű megfelelő helyzetének ellenőrzését követően gyógyszereket adunk (helyi érzéstelenítő és szteroid). Radiofrekvenciás kezelés esetén egy speciális tűt vezetünk a megfelelő helyre, majd az ízületeket ellátó idegek működésének szabályozását vagy tartós roncsolását végezzük. A beavatkozás során Ön ébren lesz, fontos, hogy fájdalmát lehetőleg szóban jelezze és a beavatkozás alatt igyekezzon mozdulatlan maradni.

A beavatkozás hozzávetőlegesen 15-45 percet vesz igénybe. Ezt követően rövid megfigyelési idő következik, majd otthonába távozhat. A kezelést követő napon visszatérhet normál napi aktivitásához.

A beavatkozást egy ambuláns betegvizsgálat előzi meg. Ekkor részletesen beszélünk a beavatkozásról, valamint az azt követő teendőkről, lehetséges szövődményekről. Amennyiben kiegészítő vizsgálatra van szükség, ezt előre jelezzük. Ha valamilyen ok miatt nem tudna eljönni, kérjük feltétlenül és mihamarabb jelezze!

A beavatkozás nem végezhető abban az esetben, ha véralvadásgátló 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 területen egyéb kezelés zajlott.

A radiofrekvenciás kezelést követően a hatás kialakulásához néhány hét szükséges.

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 kézirással 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.

Tájékoztatott arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől 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 cselekvőképés 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 cselekvőképés 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 u. 68. Tel: 42/599-700