



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Ganglion stellatum (nyaki szimpatikus idegdúc) blokád

EHB 7-09/00-43Változat: 1
Hatályba lépés:
2023-04-28**Kórház neve:****Tagkórház megnevezése:****Tagkórház címe:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD: 150124011

Tel.: +3642599700

Beteg neve:**Születési név:****Születési hely, idő:****Lakcím:****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 aláhúzendő**1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):****2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):**
ganglion stellatum (nyaki szimpatikus idegdúc) blokád**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, a funkció visszanyerése/javulása
- szükséges fájdalomcsillapító gyógyszerek mennyiségének csökkenése, ezzel a mellékhatások kivédése
- életminőség javulása

Kockázatai:

Gyakori:

- fájdalom a beszúrás helyén
- átmeneti zsibbadás, feszülés-érzés a felső végtagban
- átmeneti nyelészavar
- átmeneti Horner triász - arc és kötőhártya belövelltség, lógó szemhéj, szűk pupilla, rekedtség

- a fájdalom vagy keringési probléma visszatérhet
- fájdalom átmeneti fokozódása (néhány nap)
- cukorbetegség esetén a beadott szteroid miatt átmenetileg magasabb vércukorértékek
- átmeneti vérnyomásmérséklés

Ritka:

- fertőzés, vérzés
- gyulladás
- allergiás reakció a gyógyszerekre
- igen ritkán érsérülés, a gyógyszer érbe, epidurális térbe, subdurális térbe, spinális térbe adása (nem szándékos)
- extrém esetben felléphet bémélés, központi idegrendszeri görcsroham, légzésleállás, szívmegállás, halál

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Tartós hasi fájdalom, a fájdalom tartós fennállásának következményei, gyógyszeres fájdalomcsillapítók mellékhatásai, életminőség további romlása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- nem gyógyszeres konzervatív technikák (pszichoterápia, biofeedback terápia)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A gerincoszlop elülső felszínén, a csigolyatestek mentén található egy ideglánc, amelyet szimpatikus idegfonatnak, vagy dúcláncnak nevezünk. Ezek az idegek többek között a fájdalom- és hőérzetinformációk (vegetatív funkciók) oda-vissza történő továbbításáért felelősek a test különböző részei, a gerincvelő és az agy között. A szimpatikus idegblokkád során ezeket az idegeket kapcsoljuk ki célzottan intervenciós beavatkozással.

A ganglion stellatum (nyaki szimpatikus idegdúc) blokkád a felső végtag, fej és nyak szimpatikus idegrendszer által mediált fájdalma esetén merülhet fel bizonyos fájdalommal járó állapotok, többek között post herpeticus neuralgia (övsömör utáni fennmaradó fájdalom), fantomfájdalom, egyes fejfájások, terápia rezisztens angina pectoris (mellkasi fájdalom), komplex regionális fájdalom szindróma (Sudeck szindróma) esetén. Elvégezése egyéb, nem fájdalommal járó kórképek esetén is pozitív hatású lehet. Ilyenek pl.:

- Raynaud szindróma
- érfal összehúzódás (vasospasmus)
- egyes érszűkülettel járó betegségek
- fokozott izzadás (hyperhidrosis)
- rossz nyirokelvezetés (lymphoedema)
- post-traumas stressz betegség
- parosmia/anosmia (szaglás torzulás/elvesztése) pl.: post-COVID esetén
- terápia rezisztens tachycardia (szapora szívverés) pl.: post-COVID esetén

A beavatkozás alatt Ön egy vizsgálóasztalon a hátán fekszik. A beavatkozás helyét fertőtlenítyük, majd ultrahangos ellenőrzés mellett megkeressük a célterületet. Ezt követően szúrás fog érezni, majd a tű megfelelő pozicionálását követően beadjuk a helyi érzéstelenítőt (esetlegesen hozzáadott szteroid és/vagy magnézium oldat keverékét).

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. Fontos, hogy a beavatkozás alatt mozdulatlanul fekvődjön annak érdekében, hogy megőrizzük a tű helyes pozícióját.

A beavatkozás hozzávetőlegesen 15 percet vesz igénybe, utána rövid megfigyelés következik, majd a további teendőkkel kapcsolatos rövid tájékoztatást követően hozzátartozó kíséretében otthonába távozzhat.

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 véralvadást gátló gyógyszert szed (ezt a kezelőorvossal történt megbeszélteknek megfelelően fel kell függeszteni), ha a beavatkozás helyén gyulladás, fertőzés észlelhető, illetve ellenoldali rekeszizom beidegzési probléma, rövid időn belüli szívinfarktus vagy szív ingerületvezetési probléma esetén. Kétoldali beavatkozás nem végezhető. A beavatkozást a megfelelő eredmény érdekében általában több alkalommal szükséges elvégezni.

A beavatkozás előtt 6 órával szilárd ételt már ne fogyasszon, folyadékot (víz/tea) 2 órával előtte ihat.

Vezetni és erőteljes fizikai tevékenységeket végezni nem javasolt a beavatkozást követő 24 órában. A beavatkozást minden esetben telefonos kontroll vizit követi.

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 alakulásaért) 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 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 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!