



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Perifériás idegblokkád/radiofrekvenciás kezelés

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 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☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés☐ 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, cselekvőképés

☐ 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):**

..... perifériás idegblokkád / 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
- átmeneti zsibbadás, izomgyengeség az ideg ellátási területének megfelelően
- cukorbetegség esetén a beadott szteroid miatt átmenetileg magasabb vércukorértékek

- átmeneti vérnyomáskiugrás
- a fájdalom visszatérhet napokkal, hetekkel, hónapokkal később

Ritka:

- fertőzés, gyulladás
- vérzés, érsérülés
- allergiás reakció a gyógyszerekre
- idegsérülés
- érzészavar
- ideg lokalizációjától függően egyéb szövődmény:
 - I. interscalene blokk: légzési nehezítettség, rekedtség
 - II. PECS: légzési nehezítettség
 - III. ESP: légzési nehezítettség
 - IV. intercostalis blokk: légzési nehezítettség
 - V. ilioinguinalis, iliohypogastricus blokk: hasi szervek sérülése
 - VI. egyéb:.....
- extrém esetben előfordulhat központi idegrendszeri görcs, ritmuszavarok, légzésleállás, szívmegállás, halál (igen ritka)

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Tartós fájdalom, mozgáskorlátozottság, gyógyszeres fájdalomcsillapítók mellékhatásai, életminőség további romlása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- fájdalom lokalizációjának, típusának függvényében nem gyógyszeres konzervatív technikák (pl. gyógytorna, deréköv használata)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- fájdalom lokalizációjának, típusának függvényében egyéb intervenciók technikák

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Különböző lokalizációkban jelentkező, krónikusan fennálló fájdalmak bizonyos eseteiben a gyógyszeres fájdalomcsillapítás elégtelen, valamint tartós szedés esetén akár súlyos mellékhatások kialakulásához vezethet. Az adott területet beidegző érző ideg kikapcsolásával tartós fájdalomcsillapítás érhető el. Az idegek helyzetét az esetek nagy részében ultrahang segítségével azonosítjuk. Az idegek mellé lehetőség van különböző gyógyszerek adására (helyi érzéstelenítő, szteroid), mely az ideg működését kikapcsolja. Bizonyos idegek esetében radiofrekvenciás kezelést lehet alkalmazni. Ilyenkor egy speciális tűt vezetünk az ideg mellé, majd radiofrekvenciás impulzusok által a tű hegyét felmelegítjük. Alacsonyabb hőmérsékleten zajló kezelés során az ideg működését szabályozzuk, magasabb hőmérsékleten az ideg roncsolását végezzük.

A beavatkozás alatt Ön a megfelelő előkészítést követően egy vizsgáló asztalon helyezkedik el, az ideg lokalizációjától függően megfelelő pozícióban. A beavatkozás területét fertőtlenítjük, helyi érzéstelenítést végzünk. Ezt követően a tű ultrahang ellenőrzése mellett pozicionáljuk. A tű megfelelő helyzetének ellenőrzését követően gyógyszereket adunk (helyi érzéstelenítő és szteroid). Radiofrekvenciás kezelés esetén egy speciális tűt vezetünk a kezelni kívánt idegek mellé, majd elvégezzük a kezelést. A beavatkozás során Ön ébren lesz, fontos, hogy fájdalmát lehetőleg szóban jelezze, és a beavatkozás alatt igyekezen 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.

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 döntsék 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 megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszerítől 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 cselekvőképességben 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:

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(p:)
kezelőorvos 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 betegségemről 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