



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Piriformis izom injekció

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☐ cc) 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):**

piriformis (musculus piriformis) izom diagnosztikus blokád injekció / botulinum toxin A injekció

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

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

Kockázatok:

Gyakori:

- fájdalom, feszülés-érzés a szúrás helyén
- átmeneti zsibbadás
- az érintett oldali alsó végtag átmeneti gyengesége

- a fájdalom visszatérhet hetekkel, hónapokkal később
- cukorbetegség esetén a beadott szteroid miatt átmenetileg magasabb vércukorértékek
- átmeneti vérnyomáskiugrás

Ritka:

- fertőzés, vérzés
- gyulladás
- allergiás reakció a gyógyszerekre
- érzészavar
- idegsérülés

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

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

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- nem gyógyszeres konzervatív technikák (gyógytorna, segédeszközök használata, masszázs)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- műtét

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A piriformis izom a fartájékon elhelyezkedő izom, mely a gerincoszlop alsó része és a combcsont között helyezkedik el. Gyulladása, megnövekedett tónusa és megvastagodása az alatta futó ülőideg kompressziójához (nyomásához) vezet, ezáltal a fartájékon és az alsó végtagokban jelentős fájdalmat és érzészavart tud létrehozni. Ezt nevezzük piriformis szindrómának.

A beavatkozást egy ambuláns betegvizsgálat előzi meg. Ekkor részletesen beszélünk a beavatkozásról, valamint az azt követő teendőkről, lehetséges szövődményekről. Az injekció célja a piriformis izom által okozott idegleszorítás következtében kialakult fájdalom oldása. A beavatkozás napján a megbeszélt időpontban és helyszínen jelenjen meg. 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), vagy a beavatkozás helyén gyulladás, fertőzés észlelhető.

A beavatkozás során Ön egy vizsgálóasztalon fekszik a hasán. Bőrfertőtlenítés után ultrahang segítségével azonosítjuk a piriformis izmot, majd egy tűszúrást fog érezni. Ezt követően a tű megfelelő pozicionálása után beadjuk a gyógyszert (helyi érzéstelenítő és szteroid keveréke vagy botulinum toxin A). A botulinum toxin A az izmok tartós ellazítása, illetve gyulladáscsökkentő hatása által eredményez hosszantartó fájdalomcsökkenést.

A beavatkozás hozzátétőlegesen 15 percet vesz igénybe, utána rövid megfigyelési időszak következik, ezután távozhat otthonába.

A botulinum toxin A kezelés hatásának kialakulásához néhány hét is szükséges, illetve a beavatkozást követően néhány napig a fokozott fizikai aktivitás kerülendő.

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 jelenlévő 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 jelenlévő 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 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