



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Plexus hypogastricus (alhasi szimpatikus idegfonat) 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 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):**

plexus hypogastricus (alhasi szimpatikus idegfonat) blokád

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

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

Kockázatai:

Gyakori:

- fájdalom a beavatkozás helyén
- átmeneti alacsony vérnyomás
- a fájdalom visszatérhet hetekkel, hónapokkal később

Ritka:

- fertőzés, gyulladás (lágyszöveti tályog, epidurális tályog, discitis, meningitis, encephalitis, peritonitis)
- vérzés, érsérülés (lágyszöveti, epidurális, spinális, retroperitoneális)
- trauma (lágyszövet, gerincvelő, ideggyök)
- a gyógyszer érbe, epidurális térbe, subdurális térbe, spinális térbe adása (nem szándékos)
- allergiás reakció a beadott gyógyszerekre
- hasmenés
- hasi szervek sérülése
- extrém esetben felléphet bénulás, inkontinencia, gerinchártya bevérzés, epidurális tályog, 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:

- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák (gyógyszeradagoló pumpa)

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 plexus hypogastricus (alhasi szimpatikus idegfonat) a kismencede beidegzéséért felelős. Ezen a területen a krónikus nőgyógyászati (endometrioszis), urológiai (prostatitis) vagy emésztőrendszert érintő gyulladások, illetve daganatok okozhatnak legtöbbször krónikus, nehezen csillapítható fájdalmat. Ilyenkor merülhet fel az idegfonat blokkádja.

A beavatkozás műtői körülmények között történik, kb. 20-40 percet vesz igénybe. Megfelelő előkészítést követően Ön hason fekszik a beavatkozás alatt. A beavatkozás helyi érzéstelenítésben zajlik, enyhe szedációban. Bőrfertőtlenítés és izolálás után egy speciális tűt röntgen képerősítő ellenőrzése mellett juttatunk a megfelelő helyre. Fontos, hogy fájdalmát lehetőleg szóban jelezze, ugyanis testhelyzet változtatás esetén a behelyezett eszközök – minden óvintézkedésünk ellenére – idegi vagy egyéb károsodást eredményezhetnek. A tű megfelelő pozíciójának megerősítését követően gyógyszereket juttatunk be. Első alkalommal helyi érzéstelenítőt injektálunk a célterületre és amennyiben ez a beteg fájdalmában átmenetileg (kb. 1 nap) jelentős javulást eredményez, egy második alkalommal végezzük el a tartós blokkolást. Ez az idegfonathoz adott alkohollal/fenollal történik, melynek célja az idegek ronszolása, ezzel a fájdalom útjának blokkolását hozza létre tartósan.

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 megfontolandó abban az esetben, ha hasi aneurysma (értágulat) vagy légzési elégtelenség is fennáll.

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

Az alkohol/fenol beadását követően a betegnek további 15-20 percig hason fekvő pozícióban kell maradni, majd rövid megfigyelési időszak következik. Néhány óra elteltével távozhat otthonába, mindenképpen kíséző jelenlétében! Fontos, hogy mindkét beavatkozás esetén körülbelül 10 nap szükséges, hogy a hatás kialakuljon és ezáltal a fájdalom elkezdjen csökkenni. Ezzel párhuzamosan a kezelőorvossal konzultálva a rendszeresen szedett fájdalomcsillapítók csökkentésére lehet szükség! 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 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 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:

.....
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