



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Tartós epiduralis (kemény agyburok feletti) kanül behelyezése

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):**

Tartós epiduralis (kemény agyburok feletti) kanül behelyezése

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

- a fájdalom csökkenése
- a fájdalomcsillapítók használatának mérséklődése, ezzel a mellékhatások kivédése
- az alvás javulása
- javuló fizikai aktivitás, illetve életminőség

Kockázatai:

Gyakori:

- átmeneti fájdalom a tűszúrás/kanül bevezetés helyén
- fokozódhat a fájdalom a beavatkozást követően, ami 3-5 napig tarthat
- érezhet átmeneti alsó végtagi zsibbadást vagy elnehezdedést
- átmeneti alacsony vérnyomás, hányinger

Ritka:

- fejfájás
- gyulladás
- láz
- vérzés, érsérülés
- nagyon ritkán előfordulhat discitis (porckorong gyulladás), érsérülés miatt a gerincvelő vérellátásának károsodása
- extrém esetben felléphet bénulás, inkontinencia, gerinchártya bevérzés, epidurális tályog, központi idegrendszeri görcsroham, légzésleállás, szívmegállás, halál

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Tartós fájdalom, mozgáskorlátozottság, az életminőség további romlása.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

- nem gyógyszeres konzervatív technikák
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák (neuromoduláció, ablatio, egyéb gyógyszeradagoló pumpák)

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A beavatkozás célja olyan visceralis (belső) szervekből, mozgásszervekből (csont, izom eredetű), kötőszöveti eredetű megbetegedésekből kiinduló krónikusan fennálló fájdalmak csillapítása, melyeket egyéb szájon át szedhető gyógyszerekkel, transzdermalis (bőrön át felszívódó) gyógyszerekkel nem lehet hatékonyan csillapítani, illetve egyéb intervenciós (invazív) terápiától nem várható javulás. Ezeknek a fájdalomnak a hátterében sokszor daganatos megbetegedés áll. Kizárólag megfelelő beteg (és esetlegesen hozzátartozó) együttműködés (compliance) és a rendszeres utánkövetés érdekében telemedicina lehetőségével rendelkező páciens esetében merülhet fel.

Az epidurális tér a gerincvelőt veszi körül. Az epidurális kanült a gerincoszlop szakaszain belül bárhol fel lehet vezetni problémától függően. A beavatkozás időtartama körülbelül 30-60 perc. Ön a megfelelő előkészítést és vizsgálatokat követően egy műtőasztalon hason/oldalfekvésben vagy ülve helyezkedik el. A beavatkozás területét fertőtlenítést követően izoláljuk, helyi érzéstelenítést végzünk. Felkeressük a gerincoszlop érintett szakaszát, majd röntgen képerősítő alatt egy speciális tűvel felkeressük az epidurális teret. Ezt követően az epidurális térbe bevezetjük a kanült, melynek pozícióját kontrasztanyag adásával ellenőrizzük. Ezt követően a kanült helyi érzéstelenítés után a bőr alatt elvezetjük a beteg oldalára és rögzítjük, majd sterilen fedjük. Teszt dózis adását követően a kanülhöz csatlakoztatjuk a gyógyszeradagoló pumpát, melyet a megfelelő időközönként kell majd cserélni. Obszervációs idő és az elkövetkező teendőkről folytatott tájékoztatás után a beteget hozzátartozó kíséretében otthonába bocsátjuk.

A beavatkozás eredményének és esetleges mellékhatásainak nyomon követése telefonos konzultáción és kontroll viziteken keresztül valósul meg.

A beavatkozást egy ambuláns betegvizsgálat előzi meg. Ekkor részletesen beszélünk a beavatkozásról, valamint az azt követő teendőkről, lehetséges szövődményekről. A beavatkozás napján a megbeszélt időpontban és helyszínen jelenjen meg kísérő jelenlétében. Ha valamilyen ok miatt nem tudna eljönni, kérjük feltétlenül és mihamarabb jelezze! A beavatkozás előtt laborvizsgálat szükséges.

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.

KIEGÉSZÍTÉS

A beteg és hozzátartozó oktatása írásban és szóban megtörtént a kanül helyes gondozásáról, a gyógyszeradagoló pumpa cseréjéről.

A beteg és hozzátartozó vállalja a következőket:

- a) A gyógyszeradagoló pumpa típusától függően megfelelő időközönként a pumpát cserélni kell. Cserepumpát a megfelelő gyógyszerekkel feltöltve biztosítunk a beavatkozás alkalmával.
- b) Ezt követően hetente szükséges leírást és fényképet küldeni a kanül állapotáról, a kanül körüli bőrterületről (Piroság? Duzzanat? Fájdalom?).
- c) A pumpa utánpótlása a megbeszélteknek megfelelően történik, amennyiben szövődményt nem észlelünk, a betegnek nem kell mindenképpen megjelenie kontroll viziteken. Hozzátartozó a pumpákat ambulanciánkon átveheti.
- d) A kanült fontos, hogy sterilen kell tartani, víz nem érheti, minden nap a steril fedés cseréje, a kanül környezetének fertőtlenítése szükséges! Zuhanyzás alkalmával a kanült vízzáró réteggel szükséges fedni!
- e) Amennyiben a kanül körül fájdalmat, pirosságot, duzzanatot észlel, fertőzés tüneteit észleli, haladéktalanul jelentkezzen! Amennyiben a pumpa működésével probléma adódik, telefonon jelentkezzen!
- f) Amennyiben a kanül behelyezését követően vérhígító tabletta szedése válik indokolttá, mindenképpen jelezze a tabletta szedésének elkezdése előtt!
- g) Naponta több alkalommal vérnyomásmérés, pulzusellenőrzés 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 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 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 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 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