

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT CSÍPŐ DENERVÁCIÓ (NEUROLYSIS) BEAVATKOZÁSHOZ

1. Személyes adatok:

- 1.1 Beteg¹neve:
- 1.2 TAJ száma:
- 1.3 Beküldő diagnózis:
- 1.4 Van-e gyógyszerérzékenysége? Ha igen, milyen gyógyszerre és milyen tünetekkel jár?
Válasz:
- 1.5 Szed-e véralvadásgátlót? Ha igen, milyen gyógyszert és mikor vette be utoljára?
Válasz:
- 1.6 Tud-e vérzékenységről? Ha igen, milyen típusú és milyen tünetekkel jár?
Válasz:

2. A tájékoztatás tartalma:

2.1 Beavatkozás célja, elvégzését indokló tényezők:

Az ízületi fájdalom az esetek jelentős részében ízületi porckopás (osteoarthritis) következménye. Az osteoarthritis során az ízületi porc pusztul, jelentős fájdalomhoz vezetve. Ennek enyhítésére többféle lehetőség létezik, többek között gyógyszeres fájdalomcsillapítás, ízületi protézis beültetése (ízületi felszínnek cseréje), valamint intervenciós terápiák, ezek egyike az ízületi denerváció, másnéven neurolysis.

A beavatkozás lényege, hogy a csípőízületet ellátó érzőidegekhez, melyek a fájdalomérzés továbbításáért felelősek, magas koncentrációjú alkoholt fecskendezünk, ennek hatására az idegeket körülvevő myelinhüvely (az idegsejtek szigetelő rétege) roncsolódik, blokkolva a fájdalomérzés továbbhaladását az agy felé.

A beavatkozás ajánlott azon betegek részére, akik osteoarthritis miatt (fájdalomcsillapító szedése mellett) súlyos fájdalommal és mozgáskorlátozottsággal küzdenek, valamint:

- valamilyen okból protézis műtét nem végezhető (súlyos társbetegségek miatt magas kockázat)
- nem egyezik bele a protézis műtétbe
- protézis műtéten átesett betegek, akiknél ezt követően is visszatért a fájdalom
- protézis műtetre várnak, de a várólista várhatóan hónapokban mérhető

2.2 Beavatkozás leírása:

A beavatkozás alatt Ön egy vizsgálóasztalon fekszik. Ultrahang segítségével megkeressük a csípőízületet ellátó érzőidegeket, melyek a fájdalomingerület továbbításáért felelősek. A beavatkozás helyét lefertőtlenítjük, majd ultrahangos ellenőrzés mellett úgynevezett próbablokkot hajtunk végre. Ennek során egy vékony tűn keresztül steril körülmények között helyi érzéstelenítőt fecskendezünk az idegek mellé. Azt várjuk, hogy a fájdalom ettől azonnal enyhüljön. Sikeres próbablokk esetén várható a denervációtól a tartós fájdalommentesség. Ezt követően újabb, a korábbival megegyező szúrást hajtunk végre, melynek során a helyi érzéstelenítő oldat helyére alkoholt fecskendezünk.

¹ Beteg: az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.
MBNY_ Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat csípő denerváció (neurolysis) beavatkozáshoz

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 20-30 percet vesz igénybe, utána rövid megfigyelés következik, ezalatt egy váróteremben kell várakoznia. A további teendőkkel kapcsolatos rövid tájékoztatást követően hozzátartozó kíséretében otthonába távozhat.

2.3 Beavatkozás lehetséges szövődményei a tudomány jelen állása szerint:

Rövidtávú

- Fájdalom átmeneti fokozódása (néhány nap)
- Égő érzés az injekció helyén
- Fertőzés, vérzés
- Gyulladás
- Allergiás reakció a gyógyszerekre
- Átmeneti zsibbadás, feszülés-érzés az ízületben

Hosszútávú

- Necrosis (az izom ideg feletti területének sérülése, elhalása)
- Érzészavar
- Izomgyengeség
- Hónapok elteltével a fájdalom visszatérhet

2.4 Beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:

Tartós ízületi fájdalom, ízület funkciójának elvesztése, mozgáskorlátozottság, gyógyszeres fájdalomcsillapítók mellékhatásai, életminőség további romlása.

2.5 Beavatkozás várható eredménye, időtartama és megítélése:

- 2-12 hónapig kitartó fájdalomcsökkenés/fájdalommentesség, ízületi funkció visszanyerése/javulása
- Szükséges fájdalomcsillapító gyógyszerek mennyiségének csökkenése, ezzel a mellékhatások kivédése
- Életminőség javulása

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

2.6 Alternatív beavatkozási lehetőségek:

- nem gyógyszeres konzervatív technikák (testsúlycsökkentés, gyógytorna, segédeszközök használata)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák (intraarticularis terápiák, neuromoduláció, kémiai vagy fizikai behatás által ható ablatív technikák)
- műtéti megoldás

2.7 A beavatkozás előtt javasolt teendők, ezek eredménye:

A beavatkozást egy ambuláns betegvizsgálat előzi meg. Ekkor részletesen beszélünk a beavatkozásról, valamint az azt követő teendőkről, lehetséges szövődményekről. A beavatkozás napján a megbeszélte időpontban és helyszínen jelenjen meg kísérő jelenlétében. 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, valamint ha 3 hónapon belül a kezelni kívánt ízületbe egyéb gyógyszeres injekciót kapott. A beavatkozáshoz átöltözni nem szükséges.

2.8 A beavatkozás utáni időszak fontosabb teendői (amire figyelni kell a betegnek!):

A beavatkozást követően rövid megfigyelési időszak következik. Körülbelül 2 óra elteltével távozhat otthonába, mindenképpen kísérő jelenlétében! A beavatkozást követően autót nem vezethet! Fontos, hogy átmenetileg (néhány nap) a fájdalom fokozódhat, ebben az időszakban szükség lesz gyógyszeres fájdalomcsillapításra! Javasolt gyógyszerek a paracetamol tartalmú fájdalomcsillapítók. A beavatkozást 1 hét elteltével telefonos kontroll vizit követi.

2.9 A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:

1. Kérdés:

Válasz:

2. Kérdés:

Válasz:

3. Kérdés:

Válasz:

(További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)

Amennyiben a beteg kérdést nem tett fel az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet át kell húzni!

NYILATKOZAT A CSÍPÓ DENERVÁCIÓ (NEUROLYSIS) BEAVATKOZÁSÁRÓL

3. A beleegyező nyilatkozat tartalma:

- 3.1 Kijelentem, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt beavatkozást, az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.
- 3.2 Felkérem és felhatalmazom a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.
- 3.3 Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.
- 3.4 Tudomásul veszem, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, felelősség nem terheli.
- 3.5 Tudomásul veszem, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.
- 3.6 Tudomásul veszem és elfogadom, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

- 3.7 Beleegyezem abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetszövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.
- 3.8 Hozzájárulok ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.
- 3.9 Tudomásomra hozták, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.
- 3.10 Kijelentem, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.
- 3.11 Kijelentem továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírással is megerősítem.
- 3.12 Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulóápolók, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Ezen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom, hogy

beleegyezem, kérem **nem egyezem bele, nem kérem** (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

a megnevezett beavatkozás elvégzését.

Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek. Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alaphelyzetben csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján (www.eeszt.gov.hu) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi Szabályzatában

https://www.uzsoki.hu/sites/default/files/users/user70/Mu_SzE_0001_210311_Adatvedelmi%20szabalyzat.pdf

meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes adataimat és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák.

Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

Keltezés helye, ideje: Budapest Uzsoki Utcai Kórház,év.....hó.....nap.

.....
(tájékoztató orvos neve nyomtatott betűkkel)

.....
(a beteg vagy törvényes képviselője neve nyomtatott betűkkel)

.....
(tájékoztató orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....
(a beteg vagy törvényes képviselője aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint, jogállása²:

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

- cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
- korlátozottan cselekvőképes beteg
- cselekvőképtelen beteg
- törvényes képviselő
- nyilatkozattételre jogosult személy³

.....
(kezelőorvos neve
nyomtatott betűkkel)

.....
(tanú neve)

.....
(tanú neve)

.....
(kezelőorvos aláírása
orvosi pecsétje)

.....
(tanú lakcíme)

.....
(tanú lakcíme)

² Jogszába szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

³ Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.