

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT **EPIDUROLYSIS (a kemény agyburok feletti hegek oldása) BEAVATKOZÁSHOZ**

1. Személyes adatok:

- 1.1 Beteg¹neve:
1.2 TAJ száma:
1.3 Beküldő diagnózis:
1.4 Van-e gyógyszerérzékenysége? Ha igen, mi?
Válasz:
1.5 Szed-e véralkoholmérleget? Ha igen, mit?
Válasz:
1.6 Tud-e vércukorszintéről? Ha igen, kivizsgálták-e és mi volt annak az eredménye?
Válasz:

2. A tájékoztatás tartalma:

2.1 Beavatkozás célja, elvégzését indokló tényezők:

A beavatkozás lényege, hogy a gerincet burkoló kemény agyhártya körüli keskeny térben (epidurális tér) létrejött hegyszövetet megszüntessük/minimalizáljuk, így a hegyszövet miatt letapadt, kötött ideggyökök felszabadulnak. A hegyesedés egy normális szöveti gyógyulási reakció bármilyen sebészeti beavatkozást követően. Ebben az esetben a gerincműtétek során az epidurális térbe jutó vér és a később beinduló gyógyulási folyamatok felelősek a kialakulásukért. Esetenként azonban a porckorongok sérülése következtében is keletkezhet hegyszövet, mivel a sérülés során az azokból kikerülő kocsonyás anyag szintén egy helyi gyulladáshoz vezet.

2.2 Beavatkozás leírása:

Ön a megfelelő előkészítést követően egy vizsgáló asztalon hason fekszik kb. fél-másfél óráig. A beavatkozás területét fertőtlenítést követően izoláljuk, helyi érzéstelenítést végzünk. A speciális tűt, majd egy speciális katétert röntgen képerősítő segítségével juttatunk a megfelelő helyre, közben kontrasztanyagot és gyógyszereket juttatunk be. A beavatkozás során folyamatosan kommunikálunk Önnel, hogy a katéterrel az optimális pozíciót elérjük a legjobb hatás érdekében. A beavatkozás során érezhet fájdalmat, azonban amint ezt jelzi, fájdalomcsillapítót adunk. Fontos, hogy fájdalmát lehetőleg szóban jelezze, ugyanis testhelyzetváltoztatás esetén, a beavatkozás során a behelyezett eszközök – minden óvintézkedésünk ellenére – idegi vagy egyéb károsodást eredményezhetnek. Miután a katéter a megfelelő helyen van, további gyógyszereket juttatunk be, illetve egy speciális gyógytornát végeztetünk Önnel közvetlenül a beavatkozás után, majd több alkalommal ismételtetjük egy megfigyelő helységben a későbbi gyógyszeradagolásokat követően is. A katétert az utolsó adag gyógyszer adását követően fogjuk eltávolítani.

Közvetlenül a beavatkozás után a lábait nehezebbnek érezheti, bizsergő érzés jelentkezhet. A fájdalom megszűnhet vagy csillapodhat, ez azonban még a helyi érzéstelenítő hatása, amely néhány óráig tart.

Az injekció helyi érzéstelenítőt (pl.: lidokain), illetve szteroidot tartalmaz. Ezen kívül a hegyszövet helyének pontos meghatározáshoz szükséges még röntgen kontrasztanyag használata, valamint a hegyszövet oldásának elősegítéséhez hialuronidáz és steril koncentrált sóoldat.

2.3 Beavatkozás lehetséges szövődései a tudomány jelen állása szerint:

- 20%-ban fokozódhat a fájdalom a beavatkozást követően, ami 3-5 napig tarthat
- 5%-ban érezhet átmeneti alsó végtagi zsibbadást vagy nehézséget
- 2%-ban okozhat alacsony vérnyomást a beavatkozás alatt és/vagy után

¹ Beteg: az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.

-
- <1% fejfájás
 - <1% gyulladás

Egyéb kisebb problémák lehetnek még a vérzés vagy kistűkű duzzadás az injekció helyén, szöveti károsodás léphet fel, ha egy bizonyos időn belül szteroidot kapott a megegyező lokalizációban, illetve fennállhat gyulladás veszélye, ha a beavatkozás területét nem tartja megfelelően tisztán a gyógyulás idejére. Cukorbetegség esetén a beadott szteroid miatt átmenetileg magasabb vércukorértékeket mérhet. Igen extrém esetben felléphet alsó testfél bénulása, gerinchártya bevezés, epidurális tályog, központi idegrendszer görcsei, légzésleállás, szívmegállás, halálozás.

2.4 **Beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:**

Tartós fájdalom, mozgáskorlátozottság, az életminőség további romlása.

2.5 **Beavatkozás várható eredménye, időtartama és megítélése:**

A beavatkozást végző orvos tájékoztatni fogja a várható kimenetelről a beavatkozást követően. Általánosságban a pozitív eredmények 50%-ban az alábbiak:

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

A procedúra hozzávetőlegesen 30-90 percet vesz igénybe, majd ezt követően egy megfigyelő helyiségben további gyógyszeres kezelés, illetve gyógytorna fog történni, így a beavatkozást követő nap reggel hagyhatja el az intézményt. Egy nappal a távozást követően kis fizikai terheléssel járó munkát végezhet.

2.6 **Alternatív beavatkozási lehetőségek:**

További gyógyszeres terápia, gyógytorna, egyéb mozgásterápiák, epidurális szteroid injekció, műtét.

2.7 **A beavatkozás előtt javasolt teendők, ezek eredménye:**

Minden esetet egyedileg bírálunk el ambuláns konzultációnk során. Esetleges teendőket az ott adott dokumentumon részletezzük. Általánosságban azonban elmondható, hogy ha allergiás a gyógyszerek valamelyikére, véralvadást gátlót szed és azt nem hagyta abba a beavatkozás előtt vagy zajló gyulladás van a szervezetében a beavatkozás nem végezhető el.

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

- A lábait nehezebbnek érezheti, ami a helyi érzéstelenítő hatása. Ez fokozatosan megszűnik majd.
- Normális lehet, ha a beavatkozást követő 4-7 napban a fájdalom intenzitása fokozódik.
- Az injekció helyén kisebb vérzés kialakulhat.
- A gyulladás ritka, azonban, ha melegséget, duzzadást észlel jelentkezzen.
- A beadott gyógyszerekre allergiás reakció nem jellemző.
- A szteroid okozhat arcpírt, nőknél a menstruációs ciklus megváltozását, emelkedett vércukorszintet (cukorbetegknél), illetve álmatlanságot.
- Általánosságban 24 órán belül visszatérhet a normál fizikai aktivitásához, azonban a fokozott fizikai terhelést 48 óráig kerülni szükséges.
- Használjon fájdalomcsillapítót a gyógyulás elősegítése érdekében.
- A beavatkozást követő gyógytornát ismétlje utasításainknak megfelelően.
- Ne feledje, akár 4 hét is eltelhet, mire javulást észlel.
- 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!

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, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizzék.
- 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 aláírásommal is megerősítem.
- 3.12 Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelésem során tanulóápolók, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

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

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.

Ezen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom, hogy

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

a megnevezett beavatkozás elvégzését.

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 laccíme)

.....
(tanú laccíme)

² Jogszabály 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.