

## **BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SACROILIACALIS (csípő-keresztcsonti) ÍZÜLETI INJEKCIÓ BEAVATKOZÁSHOZ**

### **1. Személyes adatok:**

- 1.1 Beteg<sup>1</sup>neve:
- 1.2 TAJ száma:
- 1.3 Beküldő diagnózis:
- 1.4 Van-e gyógyszerérzékenysége? Ha igen, mi?  
**Válasz:**
- 1.5 Szed-e véralvadásgátlót? Ha igen, mit?  
**Válasz:**
- 1.6 Tud-e vérzékenységről? 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 keresztcsont és a csípőlapátok közötti ízületbe helyi érzéstelenítőt és szteroidot injektálunk a fájdalom csökkentése céljából. Elvégzése terápiás és diagnosztikai céllal is történhet a korábban végzett vizsgálatok alapján. Az injekció nem gyógymód a fennálló betegsége, hanem a fájdalom csökkentésében segíthet.



#### **2.2 Beavatkozás leírása:**

A beavatkozás időtartama körülbelül 30 perc. Ön a megfelelő előkészítést követően egy vizsgáló asztalon hason fekszik. A beavatkozás területét fertőtlenítést követően izoláljuk, helyi érzéstelenítést végzünk. Röntgen képerősítő segítségével egy tűvel felkeressük az ízületi rést, majd a pozíció helyét kontrasztanyaggal ellenőrizzük. Ezt követően beadjuk a helyi érzéstelenítőt és szteroidot tartalmazó oldatot, majd tapasszal fedjük az injekció helyét, amit 24 óra múlva eltávolíthat.

#### **2.3 Beavatkozás lehetséges szövődményei a tudomány jelen állása szerint:**

Az injekció helyén kis véraláfutás keletkezhet és előfordulhat hogy a fájdalom néhány napig fokozódik. Ez normális, gyorsan elmúlik és a rendszeresen szedett fájdalomcsillapítókat is szedheti. Előfordulhat, hogy az injekció nem fogja tudni csökkenteni a fájdalmát.

A beadott szteroid miatt átmenetileg vérnyomása emelkedhet, cukorbetegség esetén a magasabb vércukor értékeket mérhet, de az ilyen úton beadott gyógyszernek elenyésző mellékhatásai jelentkeznek.

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

## 2.4 Beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:

A fájdalom további fennállása.

## 2.5 Beavatkozás várható eredménye, időtartama és megítélése:

A beavatkozást végző orvos tájékoztatni fogja a várható kimenetelről a beavatkozást követően.

A beavatkozás sajnos nem garantálja a fájdalom biztos csökkenését.

A procedura hozzávetőlegesen 30 percet vesz igénybe, majd ezt követően egy megfigyelő helységbe helyezük el. Eseménytelen megfigyelési időszakot követően néhány órán belül otthonába távozhat.

Egy nappal a távozást követően kis fizikai terheléssel járó munkát végezhet.

## 2.6 Alternatív beavatkozási lehetőségek:

További gyógyszeres terápia, gyógytorna, egyéb mozgásterápiák.

## 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, véralvadásgátlót 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!):

- 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 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 késedelve 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 kezelése 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 körütekintés 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 döntsek 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.

**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](http://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](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.

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, jogállása<sup>2</sup>:

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

- ☐ cselekvőképességet vesztesítő beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra
- ☐ korlátozottan cselekvőképességet vesztesítő beteg
- ☐ cselekvőképtelen beteg
- ☐ törvényes képviselő
- ☐ nyilatkozattételre jogosult személy<sup>3</sup>

.....  
(kezelőorvos neve  
nyomtatott betűkkel)

.....  
(tanú neve)

.....  
(tanú neve)

.....  
(kezelőorvos aláírása  
orvosi pecsétje)

.....  
(tanú lakcíme)

.....  
(tanú lakcíme)

<sup>2</sup> Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképességet vesztesítő személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

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