



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat fej-nyak intervenciókhoz

Kedves Betegünk!

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy ismertessük a beavatkozás lényegét, tájékoztassuk a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére.

A beavatkozás célja

A beavatkozások célja a más kezeléssel nem, vagy nem kellően csökkenthető fájdalmak csillapítása. A fejen és nyakon egy adott területet beidegző ideg érzéstelenítése, az ellátási területről eredeztethető fájdalom csillapítása.

A beavatkozás rövid leírása

A beavatkozások vérzéses kockázatot jelentenek, emiatt lehetőség esetén a véralvadásgátló gyógyszerek adagolását 3-5 napra felfüggesztjük. A fejen és nyakon a megfelelő idegeket vagy kötőszövetes struktúrákat megkereshetjük szabad kézi módszerrel, tapintással vagy ultrahang segítségével, ritkábban Röntgen átvilágító segítségével. Röntgen átvilágítás alatt végzett beavatkozások általában műtői körülmények biztosítását igénylik. A vékony és megfelelő hosszúságú tű hegyét a célhoz vezetjük az aszepszis szabályainak betartásával.

A beavatkozás lehetséges előnyei

A fájdalom csökkenthető, a fájdalomcsillapítás néhány naptól hetekig, akár több hónapig eltarthat. Megfelelő fájdalomcsillapítással a műtéti beavatkozás elkerülhető. Amennyiben a beteg más oknál fogva nem alkalmas műtéti kezelésre, a fájdalomcsillapító beavatkozások elvégezhetőek. Ultrahang vagy röntgen átvilágító segítségével a lehető legpontosabb tűhegy helyzet érhető el. Egyszeri injekciót követően a beteg rövid megfigyelési idő után távozhat. Katéter behelyezésével a fájdalomcsillapítás folyamatossá tehető. Az aszeptikus technikával a fertőzés veszély minimálisra csökkenthető.

A beavatkozás elmaradásának kockázatai

A fájdalom tartósabban fennáll, melynek kellemetlen élettani hatásai az alvásproblémák, koncentráció zavarok, túlzott ráfigyelés a fájdalomra, étkezési szokások megváltozása, a gyógyszereszedésekből eredő kockázatok és mellékhatások, családi, szociális és munkahelyi gondok, nem megfelelőség, depresszió, elkeseredettség, tanácstalanság, reménytelenség érzése. Magasabb tablettás gyógyszerigény, több kombinációra, erősebb hatású gyógyszerekre lehet szükség.

A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok

Kiegészítő kezelések pl. akupunktúra, pszichoterápia, foglalkozás terápia. Hagyományos testmozgáson alapuló fizikális kezelések, gyógytorna, jóga, masszázs,



gyógyfürdő. Fizioterápiás kezelések. Hideg, meleg kezelések. Tablettás fájdalomcsillapítás, kenőcsök. Bőrre felhelyezhető gyulladáscsökkentő fájdalomcsillapító tapaszok. Izomba adott injekciók, intravénás injekciók, infúziós kezelések. Kábító fájdalomcsillapító gyógyszereket tartalmazó bőrre felhelyezhető tapasz vagy tablettás kezelés.

A beavatkozás lehetséges kockázatai

- átmeneti fájdalom,
- a kifektetéskor, pozicionáláskor kellemetlenség
- vérzés
- a véralvadásgátlók elhagyása miatt trombózis, érelzáródás
- fertőzés, fertőzés továbbterjedése
- hőemelkedés, láz
- epidurális, ízületi, lágyrész, testüregi tályog
- ideggyöki érintettség, irritáció, sérülés
- érsérülés, trombózis, embólia
- érzés, mozgás gyengülés/kiesés, bénulás
- légmell, légzési elégtelenség
- mellkasi folyadékgyülem
- mellüregi vérzés
- nyaki ér, ideg, lágyrész képletek sérülése
- átmeneti ritmuszavar, keringési elégtelenség
- szemhéjcsüggés, arc zsibbadás, nyak zsibbadás
- helyi érzéstelenítő okozta allergia
- helyi érzéstelenítő okozta szisztémás toxicitás
- vérnyomás esés, ájulás
- szteroid okozta későbbi vérnyomás és vércukorszint emelkedés
- immunrendszerre gyakorolt hatás, fertőzésveszély
- Röntgen képalkotó, átvilágító, CT ionizáló sugárzás hatásai
- katéterekben alkalmazott gyógyszerek, kontrasztanyagok mellékhatásai
- katéter kicsúszás, katéter elmozdulás
- dura sérülés, likvor csorgás
- alkalmazott antibiotikum érzékenység, allergia
- alkalmazott fertőtlenítő, öblítőfolyadék érzékenység, allergia, irritáció
- átmeneti égő érzés, viszketés
- székrekedés, hasmenés
- ragtapasz, steril fedés gumírozása okozta helyi irritáció, kiütések

A beavatkozás tervezett időpontja:

A beteg kérdései:

.....
.....
.....



Az orvos megjegyzései:

A beteg személyes, egyéni kockázatai, a beteg kérdéseire adott válaszok:

.....
.....
.....

Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Beleegyező nyilatkozat

Beteg neve:

TAJ szám:

Születési hely, idő:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....
.....
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa:

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

.....
.....

2. Tervezett beavatkozás megnevezése: fej-nyak intervenció

3. Tájékoztatást adó orvos neve:



A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesen **beleegyezem, hogy a beavatkozást elvégezzék.**

Kelt:, 20..... hó nap

.....
tájékoztatót végző orvos
aláírása és pecsétje

.....
beteg/törvényes képviselő
/helyettes döntéshozó
aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név
lakcím
aláírás

.....
.....
.....