



Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat IDDS pumpa töltéshez

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 beültethető gyógyszeradagoló (IDDS) pumpát hordó betegeknél a pumpa tartályának kifogyásakor a pumpát töltjük, ezzel egyidőben programozzuk a megfelelő hatást elérő gyógyszeradagolás beállításához.

A beavatkozás rövid leírása

A beültethető gyógyszeradagoló pumpa töltését az aszepszis szabályainak betartásával, izoláció biztosításával végezzük, speciális Huber tűhegy kiképzésű preformált tűvel, vagy a szetthez adott tűvel. Végezhetjük szabad kézi technikával vagy ultrahang irányítással, ritkábban Röntgen átvilágító segítségével, műtői körülmények között. A beavatkozások vérzéses kockázatot jelentenek, emiatt lehetőség esetén a véralvadást gátló gyógyszerek adagolását 3-5 napra felfüggesztjük.

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. Az aszeptikus technikával a fertőzés veszélye minimálisra csökkenthető. A beültethető gyógyszeradagoló pumpa segítségével a fájdalomcsillapító hatás folyamatos, a gyógyszeradagolás megfelelő programozással a beteg igényeihez alakítható.

A beavatkozás elmaradásának kockázatai

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



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 beszúrás helyén
- a véralvadásgátlók elhagyása miatt trombózis, érelzáródás
- fertőzés az eszköz körül,
- fertőzés továbbterjedése a gerinc irányába
- hőemelkedés, láz, hidegrázás
- epidurális-, gerinc kisízületi-, lágyrész, testüregi tályog
- fertőzés következtében ideggyöki érintettség, irritáció, gyulladás, sérülés
- felületes vagy hasfali érsérülés (véna, artériás vérzés), trombózis, embólia
- érzés, mozgás gyengülés/kiesés, bénulás
- hasfali folyadékgyülem
- IDDS körüli folyadéktöltés, feszítés, szisztémás felszívódás
- helyi érzéstelenítő okozta allergia
- helyi érzéstelenítő okozta szisztémás toxicitás
- kábító fájdalomcsillapító okozta túladagolás, toxicitás
- vérnyomás esés, ájulás, eszméletvesztés
- légzési elégtelenség
- immunrendszerre gyakorolt hatás, fertőzésveszély
- Röntgen képalkotó, átvilágító, CT ionizáló sugárzás hatásai
- IDDS katéter kicsúszás, katéter elmozdulás
- IDDS motor leállás, rendellenes működés, alul vagy túladagolás
- dura sérülés, likvor csorgás
- viszketés
- székrekedés, hasmenés

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: IDDS pumpa töltés

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 megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszerítő 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

.....