

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/3 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat epidurális, azaz gerincközeli tér katéterezéséhez és a katéteren keresztüli fájdalomcsillapításhoz		Oldalszám: 1/2

**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT EPIDURÁLIS, AZAZ
GERINCKÖZELI TÉR KATÉTEREZÉSÉHEZ ÉS A KATÉTEREN KERESZTÜLI
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSHOZ**

1. Beteg¹ neve: **TAJ száma:**

Beküldő diagnózis:

2. Betegtájékoztató tartalma:

A tervezet beavatkozás során egy vékony tűvel a bőrön keresztül a kemény agyhártya és a gerincoszlop csontjai közé szúrnak be, majd a tűn keresztül az úgynevezett gerincközeli térbe egy katétert vezetnek be. Azután a katéterbe fecskendezik a fájdalomcsillapító gyógyszert.

A beavatkozás **haszna, előnye**, hogy kis dózisu helyi érzéstelenítővel, illetve fájdalomcsillapítóval hatásos, akár folyamatos fájdalomcsillapítást lehet elérni, és ezzel egyidőben javítjuk a belek vérkeringését és a belek működését. Jelentősen csökkenti a fájdalomra adott szimpatikus válaszreakciót, és annak következményeit (pl.: stressz-fekély).

Amennyiben **nem helyezünk** be epidurális katétert, csak vénásan adott fájdalomcsillapítókat tudunk alkalmazni, adott esetben kábító fájdalomcsillapítót, aminek számtalan, kedvezőtlen mellékhatása (a légzésszám csökkenése, az oxigén ellátottság és a bélműködés romlása) lehet. Ha viszont nem adunk megfelelő mélységű fájdalomcsillapítást, stressz állapot alakulhat ki, annak kedvezőtlen hatásaival.

A beavatkozás **lehetséges szövődménye**, hogy szakszerű és gyakorlott orvos kezében is előfordulhat, hogy a tű vagy a katéter a kemény agyhártyán keresztül az agyvíz térbe jut (1-5%), ilyenkor a kemény agyhártyán keletkezett nyíláson agyvíz szivároghat, és következménye fejfájás lehet. A szúrás helyén, a gerincközeli térben, illetve az agyvíztérben vérömleny, esetleg helyi vagy agyhártyagyulladás (kevesebb, mint 1%) alakulhat ki, ami bénuláshoz, és igen ritkán halálhoz vezethet. E ritkán előforduló szövődmények szakszerű ellátás mellett megelőzhetők, felismerhetők és kezelhetők.

Jelen formanyomtatvány elolvasását követően, a beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok.

- 1. Kérdés:
- Válasz:
- 2.Kérdés:
- Válasz:
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.

3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:

**NYILATKOZAT AZ EPIDURÁLIS, AZAZ GERINCKÖZELI TÉR KATÉTEREZÉS ÉS A KATÉTEREN
KERESZTÜLI FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS ELVÉGZÉSÉRŐL**

**AZ EPIDURÁLIS, AZAZ GERINCKÖZELI TÉR KATÉTEREZÉSÉBE ÉS A KATÉTEREN KERESZTÜLI
FÁJDALOMCSILLAPÍTÁS ELVÉGZÉSÉBE BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, a megfelelő kezelés megválasztásának érdekében, rajtam epidurális, azaz gerincközeli tér katéterezése és a katéteren keresztüli fájdalomcsillapítás elvégzése szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), az eljárás lényegét megértettem és az eljárással járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt az epidurális, azaz gerincközeli tér katéterezése és a katéteren keresztüli fájdalomcsillapítás nem végezhető el.

A KONTRASZTANYAG ADÁSÁBA NEM EGYEZEM BELE.

Az értékelhető eredményhez bizonyos esetekben szükség lehet kontrasztanyag adására. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kontrasztanyagot visszautasítom, a radiológus orvost és a kezelőorvosomat nem terheli felelősség a

¹ A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ	BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ANESZTEZIOLÓGIAI ÉS INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLY	FNY1005/3 Változat: 2
Tárgy: Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat epidurális, azaz gerincközeli tér katéterezéséhez és a katéteren keresztüli fájdalomcsillapításhoz		Oldalszám: 2/2

kontrasztanyag nélkül készült vizsgálat kisebb értékelhetőségéből származó káros következményekért, illetve a gyógyulás kedvezőtlen alakulásáért.

Kontrasztanyag adásához: hozzájárulok nem járulok hozzá (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

Ezúton nyilatkozom, hogy az epidurális, azaz gerincközeli tér katéterezéséhez és a katéteren keresztüli fájdalomcsillapításhoz

hozzájárulok nem járulok hozzá (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

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, alapállapotban 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 Adatkezelő Adatkezelési Szabályzatban (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) 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 Infotörvény, 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.

Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.

Keltezés helye, ideje:

..... (tájékoztató orvos neve olvashatóan) (műtétet/beavatkozást végző orvos neve olvashatóan) (nyilatkozó személy neve olvashatóan)
..... (tájékoztató orvos aláírása, ph.) (műtétet/beavatkozást végző orvos aláírása, ph.) (nyilatkozó személy aláírása)

A klinikai állapot megítélése szerint jogállása*: (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 személy**

..... (kezelőorvos neve olvashatóan) (tanú neve) (tanú neve)
---	----------------------	----------------------

..... (kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje) (tanú lakcíme) (tanú lakcíme)
--	-------------------------	-------------------------

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

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