

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

1. Személyes adatok:

- Beteg¹neve: #!NEV;
- TAJ száma: #!TAJ_TAGOLT;
- Beküldő diagnózis: #!OSZTVZSGBEUTFODIAGNEV;
- Van-e gyógyszerérzékenysége? Ha igen, mi?
- **Válasz:**
 - Szed-e véralvadásgátlót? Ha igen, mit?
- **Válasz:**
 - Tud-e vérzékenységről? Ha igen, kivizsgálták-e és mi volt annak az eredménye?
- **Válasz:**

2. A tájékoztatás tartalma:

- **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 betegségre, hanem a fájdalom csökkentésében segíthet.

- **Beavatkozás leírása:**

A beavatkozás időtartama körülbelül 30-45 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 részt, 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.

- **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.

- **Beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:**

A fájdalom további fennállása.

- **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 procedúra hozzávetőlegesen 30 percet vesz igénybe, majd ezt követően egy megfigyelő helyiségbe helyezzük el. Eseménytelen megfigyelési időszakot követően néhány órán belül otthonába távozhat.

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

- **Alternatív beavatkozási lehetőségek:**

További gyógyszeres terápia, gyógytorna, egyéb mozgásterápiák.

- **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.

- **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.

- **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!

Kijelentem, hogy a beavatkozás, kezelés természetéről és céljairól, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól megfelelő tájékoztatást kaptam.

Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószer, vagy más anyagok adásába.

Tudomásul veszem, hogy rajtam beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai- és kórszöveti vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kórházi kezelés alatt bármely fertőző vagy arra gyanús betegséget észlelnék, a saját, a betegtársak és a dolgozók érdekében piros színű betegazonosító karszalagot helyeznek fel a csuklómra.

Beleegyezem, hogy a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemcsak orvosok, hanem orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

Tudomásul veszem, hogy az egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátása érdekében rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos, vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben állapotom a további gyógykezelésem nem indokolja, úgy az intézmény zárójelentést állít ki részemre, mellyel otthonomba bocsát. Ez esetben az intézmény elhagyásáról magam, vagy hozzátartozóm útján gondoskodom.

Kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont Házirendjének elérhetőségéről tájékoztattak, módot adtak annak megismerésére, azt elfogadom.

„A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól” szóló 1999. évi XLII. törvény és az Országos Tűzvédelmi Szabályzat előírásainak figyelembe vételével, tudomásul veszem, hogy a Soproni Gyógyközpont egész területén, különösen a betegellátó osztályokon a dohányzás (elektromos cigaretta használata is) és tűz gyújtására alkalmas eszköz használata kizárólag a kijelölt dohányzóhelyeken megengedett! A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a beavatkozást, illetve kezelés elutasítom, annak következményeire a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

Beleegyezem, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából általam megadott személyes és egészségügyi adataimat a Soproni Gyógyközpont megismerje, tárolja elektronikus vagy papír alapon és egyben kezelje a számomra nyújtott egészségügyi szolgáltatások teljesítésével kapcsolatban betartva a vonatkozó hatályos jogszabályokat.

Kijelentem, hogy a személyes adataim kezelésével és védelmével összefüggésben a szükséges és megfelelő tájékoztatást megkaptam és tudomásul veszem, hogy az adatvédelemmel kapcsolatos részletes szabályok az intézmény honlapján (www.sopronigyogykozpont.hu/informaciok/betegtajekoztatok) megismerhetőek.

2. SAJÁT GYÓGYSZER SZEDÉSE

Tudomásul veszem, hogy nem a kórház által biztosított gyógyszert csak saját felelősségemre szedhetem, és az ezekből adódó egészségkárosodásért, esetleges állapotromlásért, illetve javulás elmaradásáért a Kórház felelősséget nem vállal.

3. TÁJÉKOZTATÁS KORÁBBI BETEGSÉGRŐL, GYÓGYKEZELÉSRŐL

Tudomásul veszem, hogy az Egészségügyi Törvényben foglalt kötelezettségeimnek megfelelően az ellátásomban közreműködő egészségügyi dolgozókat tájékoztatnom kell mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezelésemről, gyógyszer- vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőkről.

Tájékoztatom Őket – a saját betegséggel összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyezteti, így különösen a fertőző betegségekről, valamint fertőző betegségem esetén megnevezem azokat a személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphattam, illetve akiket megfertőzhettem.

Tudomásul veszem, hogy a kezelőorvos jogosult áttekinteni az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatbázisában, hogy mikor, hol és milyen típusú egészségügyi ellátásokat vettem igénybe a kötelező egészségbiztosítás terhére.

4. ADATVÉDELEM

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az „igen” vagy a „nem” rovatban „X”-szel jelölje, hogy hogyan rendelkezik! Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre csak az egyik oszlopba tegyen jelet !

igen nem

Az érdeklődőknek (porta, telefon) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják.

Az alábbi rovatokba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét, és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni.

Név Lakcím Telefonszám

Az állapotommal, bennfekvéssel kapcsolatban kérem értesítsék:

***1.Telefonszám:**

***2.Telefonszám:**

A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák:

***Legalább 1 olyan telefonszámot kérünk megadni, melyen az értesítendő hozzátartozó éjjel-nappal elérhető**

A többi jog (pl. beleegyezés és beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam, és tudomásul vettem.

5. ÉLELMISZER FOGYASZTÁS

Tudomásul veszem, hogy a kórházban kapott élelmiszereken felül mást csak saját felelősségemre fogyaszthatok, és erről a kezelőorvost tájékoztatom.

Hűtést igénylő élelmiszerek csak a hűtőszekrényben, nevemmel ellátva tárolhatók.

Beleegyezem, hogy az állapotomat negatív módon befolyásoló élelmiszereket az ápoló a megkérdezésem nélkül megsemmisítheti.

6. ÉRTÉK MEGŐRZÉS

Tudomásul veszem, hogy a tulajdonomat képező értékeim, gyógyászati segédeszközeim – mankó, műfogsor, szemüveg, valamint egyéb személyes holmim (pl. irataim) a kórházi tartózkodásom alatt is őrizetemben marad, ezek elvesztéséért, eltűnéséért a kórház felelősséget nem vállal amennyiben azok megőrzését nem kérem.

Értéktárgy megőrzésre lehetőséget biztosítunk, (lásd: „ME 07-03 A beteg tulajdonának kezelése” minőségirányítási eljárás) amennyiben azt igényli (jelölje x-szel):

igénybe veszem

nem igénylem

7. NYILATKOZAT BETEGAZONOSÍTÓ KARSZALAGRÓL

Cselekvőképes beteg esetében

Kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén, ellátási biztonságom érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A fenti tájékoztatást megértettem, döntésemet cselekvőképességem teljes birtokában, befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez (jelölje x-szel):

Hozzájárulok, hordani fogom, benttartózkodásom alatt megőrzöm, távozáskor leadom.

Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben cselekvőképtelen állapotba kerülnék, biztonságom érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

Korlátozottan cselekvőképes beteg felvétele esetén

Fent megjelölt beteg törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén az általam kísért, ellátandó betegre ellátási biztonsága érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A tájékoztatást a beteg ellátása előtt tették. A tájékoztatást megértettem. Döntésemet a beteg érdekeinek figyelembevételével, törvényes jogaim gyakorlásával hozom meg. Döntésemet befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat

bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez (jelölje x-szel):

Hozzájárulok.

Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben a beteg cselekvőképtelen állapotba kerül, biztonsága érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

8. NYILATKOZAT CSELEKVŐKÉPESSÉGRŐL

Nyilatkozom, hogy cselekvőképességet kizáró, illetve az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlásában korlátozó gondnokság alatt (jelölje x-szel):

Nem állok

Nem állok, de állapotom miatt, nevemben eljárni, döntésben kompetens hozzátartozót nevezek meg:

Hozzártartozó neve:.....

Elérhetősége:Cím:..... Tel. szám:.....

Állok Gondnok neve:.....

Elérhetősége: Cím:..... Tel. szám:.....

A fenti pontokban foglaltakat tudomásul veszem, és beleegyezésemet adom, a..... pontokban foglaltakba nem egyezem bele.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

.....
tájékoztató orvos aláírása

.....
felvevő ápoló aláírása

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

(invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.)

Osztály neve: #!AKTOSZTALYNEVE;

Beteg neve: #!NEV;

Születési ideje: #!SZULIDO;

TAJ száma: #!TAJ_TAGOLT;

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Diagnózis: Ideggyök mechanikus és gyulladáshoz kapcsolódó bántalma

A tervezett beavatkozás: Ideggyök helyi érzéstelenítése és/vagy szteroidos infiltrációja (TF-ESI)

ennek kockázatai: Végtagfájdalom, esetleg érzészavar, kivételesen izombénulás, széklet-, vizeletürítési zavar.

a helyette alkalmazható más gyógymód: Ideggyök felszabadítása nyitott gerincműtéttel.

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéniesített, teljes körű tájékoztatást** a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.