



**IDEGSEB-26**

## **KÉTOLDALI SZUBTALAMIKUS – STN-DBS – AGYI ELEKTRÓDÁK BEÜLTETÉSE**

### **MŰTÉT/BEAVATKOZÁS BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A BETEG NYILATKOZATA**

<b>Név:</b>	<b>TAJ:</b>
<b>Születési dátum</b>	<b>Betegség:</b>
<b>Lakcím:</b>	

Tájékoztatást adó orvos neve: .....

**Tisztelt Páciens**

**Tisztelt Hozzátartozó/ Törvényes képviselő!**

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön/hozzátartozója beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

### **1. A TERVEZETT BEAVATKOZÁS**

**indikációja:** Parkinson-kór miatt kialakult mozgás teljesítmény ingadozás (ON-OFF) esetleg gyógyszer okozta dyskinesisekkel, megnövekedett napi gyógyszeradag, súlyos remegés, izomfeszülés

**rövid leírása:**

1. Helyi érzéstelenítésben egy fémkeretet erősítenek a fejéhez és ebben kontrasztanyag beadása mellett koponya CT vizsgálatot végeznek.
2. A vezetékek helyét az orvos MRI (mágneses rezonanciás vizsgálat) és CT (komputeres tomográfia) felvételek segítségével határozza meg számítógépes tervezőprogram segítségével.
3. Műtőben, éber állapotban, a fejbőr érzéstelenítését és bemetszését követően kis furatot fúr a koponyán, majd 1,2-1,4mm átmérőjű elektródá(ka)t helyez az agyba.
4. A vezetéket a koponya külső felszínén rögzítik, a fémkeretet leveszik a fejről.
5. Ha a hosszabbítót és a neurostimulátort (pacemakert) nem a vezetékkel egyidejűleg ültetik be, akkor itt véget ér a műtét. A kórházi tartózkodás időtartamát az orvos határozza meg.

Ha a hosszabbítót és a neurostimulátort is beültetik, ehhez elaltatják és nyakának jobb- vagy bal oldalán a bőr alatt a vezetéket a kulcscsont alatti területre húzzák és egy kb. 6-7 cm-es metszésből a pacemakert beültetik a bőr alá.

### **2. A tervezett beavatkozás és gyógymód célja:**

- A Parkinson-kór tüneteinek javítása. A Parkinson-kór lefolyását szöveti szinten befolyásolni nem tudjuk, minden elérhető kezelés tüneti.
- A mozgásteljesítmény ingadozás csökkentése, egyenletesebbé tétele a nap folyamán.
- A napi gyógyszeradag csökkentése.
- A remegés, az izomfeszülés és a túlmozgások csökkentése és az életminőség javítása.

### **3. A tervezett beavatkozás során vagy azt követően előforduló lehetséges (nem feltétlen kialakuló) szövődmények:**

- sebfertőzés, utóvérzés, agyvérzés, implantátum-kilökődés
- epilepszia
- egyéb

A műtéti szövődmények extrém esetben súlyos, tartós egészségkárosodáshoz is vezethetnek!

### **4. Alternatívák ismertetése:**

Az esetek többségében nincs alternatív eljárás. Egyes esetekben szóba jön:

- sebészi: kétoldali globus pallidus stimuláció, vagy pallidotomia. Előbbi hatásossága alacsonyabb, utóbbi sebészi szövődményeinek aránya magasabb, hatásossága alacsonyabb
- nem sebészi: további gyógyszeres kezelés

### **5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:** a betegséggel együtt járó panaszok és tünetek súlyosbodását, az életminőség további romlását, a gyógyszeradag emelését és ezáltal mellékhatásának fokozódását eredményezheti.

### **6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:**

A műtét sikere lényegében abban áll, hogy a tervezett sebészi beavatkozást a tervezett technikai módszerekkel kivitelezzük, a műtét során jelentkező komplikációkat elhárítjuk.

A műtéti kezelés sikere az elvégzett beavatkozásnak (és perioperatív kezelésnek) köszönhető állapotjavulást ill. gyógyulást jelenti, azaz elérjük a 2. pontban megfogalmazott célokat. Nem jelenti azonban a távolabbi jövőben előfordulható betegségek elkerülését, megelőzését.

### **7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:**

A műtét utáni időszak több szakaszra bontható:

- közvetlen műtét utáni szakasz (kórházi kezelés): várhatóan 7-10 nap
- otthonában táppénzen várható időtartam előre nem állapítható meg
- A kezelőorvos dönti el, hogy mikor lehet bekapcsolni a DBS terápiát. Ez történhet rögtön a műtét után, vagy csak miután már volt ideje felépülni (körülbelül négy hét).
- Első programozás: A kezelőorvos egy orvosi programozónak nevezett készülékkel bekapcsolja a neurostimulátort, és beállítja a terápia paramétereit. A kapott DBS terápia típusától függően lehet, hogy a műtét utáni első pár hónap folyamán néhányszor még vissza kell térnie az orvoshoz, hogy pontosabban beállítsa a terápiát az optimális hatás eléréséhez.
- Előfordulhat depressziós időszak, főként az első 4-5 hónapban amikor a várt hatással elégedetlen.
- Műtét után az orvos vagy a nővér utasításokat ad majd az otthoni ápolással kapcsolatban.

### **8. A beteg által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:**

.....

.....

.....

.....

## **BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT**

Elismerem, hogy részletes szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: egészségi állapotomról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt.

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beavatkozás olyan, orvosiilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosiilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

**A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.**

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma: .....

A műtét tervezett dátuma: .....

-----  
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

-----  
A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

---

## **ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT**

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

-----  
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

-----  
A kezelőorvos aláírása, pecsétje

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

---