



IDEGSEB-03

## ***THERMOFACETECTOMIA ÉS/VAGY GYÖKI INFILTRÁCIÓ***

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

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

**Tájékoztatót 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:**

Az olyan gerinc eredetű fájdalmak csillapítása, melyek nem igényelnek feltárással járó gerincműtétet. Ugyanakkor az ún. „konzervatív kezelési módszerek” nem jártak eredménnyel.

**rövid leírása:**

Éber állapotban helyezük el a beteget a műtőasztalon és Rtg képerősítő segítségével keressük fel a csigolyák közötti kisízületi régiókat, ill. a kezelni kívánt ideg képleteket. Ide vékony tűt vezetünk, melyen keresztül egy hőtermelő elektróda segítségével a fájdalomért felelős idegeket ún. hőroncsolását végezzük. Ezt követően helyileg gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító gyógyszert is infiltrálunk.

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

fájdalomcsillapítás, gyógytorna kezelésre alkalmas állapot elérése

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

- Gyógyszerallergia miatt változó súlyosságú (anapylaxiás) jelenségek: bőrpír, kiütés, vérnyomásesés, sokk,
- sikertelen beavatkozás, tartós a fájdalom,
- helyi vagy alsó végtagi zsibbadás, átmeneti végtagi gyengeség vagy vizelet- széklettartási nehézség,
- helyi gyulladás, vérömleny.

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

**4. Alternatívák ismertetése:**

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

- sebészi: nincs
- nem sebészi: további konzervatív kezelés: gerinckímélet, rendszeres gyógytorna, testsúly kontroll.

**5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:** a betegséggel együtt járó panaszok és tünetek súlyosbodását eredményezheti:

- tartós fájdalom miatt mozgáskorlátozottság, a gyógytorna megfelelő végzésére alkalmatlan állapot.

**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 1 nap
- otthonában táppénzen várhatóan 1 hét
- rehabilitáció, fokozatos munkába állás, visszatérés a mindennapi élet tevékenységeihez: várhatóan a következő 4-6 hét során.

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

.....

.....

.....

.....

## **BELEEGYZŐ 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 tájékoztatás/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 tájékoztatás/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

---