



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELÉNÍTÉS,
AITO-5/2

A beteg neve:	A betegség/sérülés megnevezése:
A beteg születési dátuma:	• magyarul:
A beteg lakcíme:	• latinul:
A beteg TAJ-száma:	A beavatkozás neve: Gerincközeli érzéstelenítés, spinális érzéstelenítés, epidurális érzéstelenítés
	A beavatkozás oldala: jobb <input type="checkbox"/> bal <input type="checkbox"/>

Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Támogató)!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

1./ **Cselekvőképtelen**, vagy az egészségügyi jognyilatkozat-tételi ügycsoportban cselekvő-képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkező személy esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük a bírói végzés csatolását/:

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Lakcíme

2./ **Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (meghatalmazás esetén kérjük a közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolását):

Név:.....Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

3./ **Meghatalmazás hiányában**, a beteg cselekvőképtelensége miatt a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (név, születési idő, anyja neve,

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

Meghatalmazás hiányában a nyilatkozattevő személy:

- a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
- b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes
- ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában,bb) gyermeke, ennek hiányában, bc) szülője, ennek hiányában, bd) testvére, ennek hiányában, be) unokája
- c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
- ca) gyermeke, ennek hiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS, AITO-5/2

☞ A betegség/sérülés megnevezése:

Panaszai, klinikai állapota és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gyermekénél, gondozottjánál) olyan betegséget állapítottunk meg, melyhez műtéti beavatkozás szükséges. A műtét nem végezhető el érzéstelenítés nélkül illetve helyi érzéstelenítéssel, ezért a műtét fájdalommentes és biztonságos lebonyolításához az érzéstelenítési technikák közül gerincközeli érzéstelenítést szükséges végezni. A betegség részleteiről az operációt végző orvos fogja Önt részletesen tájékoztatni. Önnek joga van a műtéti érzéstelenítéshez, a műtétes beavatkozások során a fájdalmak és kellemetlenségek csökkentéséhez, a kellő műtét utáni fájdalomcsillapításhoz.

☞ A tervezett beavatkozás:

Önnél a lehetséges érzéstelenítési technikák közül a spinális érzéstelenítést, vagy epidurális érzéstelenítést tervezünk biztosítani.

☞ A tervezett érzéstelenítési eljárás:

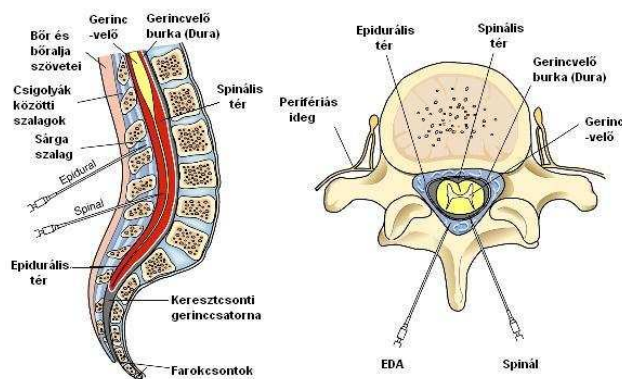
1. Általános megjegyzések:

A belegegyezés megtörténtének tényét a beavatkozást végző orvos beavatkozás előtt ellenőrzi, és hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

2. A tervezett beavatkozás folyamata:

A gerincközeli érzéstelenítés önmagában a beteg számára kisebb terhelést, hatékonyabb és tartósabb fájdalomcsillapítást jelent, valamint kiküszöböli az általános érzéstelenítés (altatás), mellékhatásainak és szövődményeinek jó részét, így pl. nincs szükség légút biztosításra, intubációra és lélegeztetésre. Bizonyos esetekben, egyes műtét típusoknál az általános érzéstelenítés alkalmazása mellett az epidurális érzéstelenítést ajánljuk tartós fájdalomcsillapításra és a műtéti érzéstelenítés során alkalmazott gyógyszerterhelés csökkentésére is.

☞ A beavatkozás rajzos kiegészítéssel:



☞ Az ellátás/műtét műtéti alternatívája, annak előnye/hátránya:

Az általános érzéstelenítés (narkózis). Ezt nevezi a köznyelv altatásnak. Nem jelent pihentető alvást, hanem a tudat gyógyszerekkel való kikapcsolását, mely hatása alatt nem érez műtéti fájdalmat. Azonban a gyógyszerek hatásának elmúlása után (ébredés) a tudat visszatérte mellett hirtelen éles fájdalmat érezhet illetve gyakori a hányinger, hányás. Ezen kívül a gyógyszereknek légszóra illetve keringésre való hatása okozhat szövődményeket.

Az Ön esetében választott érzéstelenítési eljárás:.....



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS, AITO-5/2

➔ A beavatkozás részletes leírása:

1. A műtéti érzéstelenítés előkészítése:

Műtét előtti altató orvosi kivizsgálás: A vizsgálat célja a műtetre kerülő betegek előkészítése, a műtéti és anesztéziái rizikó becslése és csökkentése, a megfelelő érzéstelenítés kiválasztása. Ehhez szükségesek a laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok, és különböző társszakmák szakvizsgálatai is, melyek eredményei már rendelkezésre állnak, vagy amelyekre a preoperatív ambulancia orvosai javaslatot tehetnek.

Műtét előtti este teendői: amennyiben a sebész orvos másképpen nem rendel, Öntől azt kérjük, hogy este 20 óra után már ne egyen semmit, illetve 24 óra után már folyadékot se fogyasszon. Az ápolóknak jelzett külön gyógyszereket vegye be, melyeket önnek mi rendelünk el.

Premedikáció: A műtét előtt 30-40 perccel nyugtató, feszültségoldó injekciót (gyermekeknél szirupot, orrcseppet vagy kúpot), vagy tablettát alkalmazunk, valamint infúziós kezelést kezdünk.

A **műtöbe érkezéskor** azonosítjuk a dokumentumok alapján Önt, majd felhelyezésre kerülnek a mérőműszerek, melyek segítségével folyamatosan megfigyeljük az élettani funkciókat. szükség esetén további perifériás vagy centrális vénakanült, artériás kanült vezetünk fel. Élettani paramétereit az altatásnál szokásos módon monitorozzuk.

2. A műtéti érzéstelenítés bevezetése és az érzéstelenítés fenntartása:

Spinális érzéstelenítés esetén általában ülő helyzetben, ritkábban oldalt fekvé, megfelelő fertőtlenítés és steril eszközök biztosításával, helyi érzéstelenítésben néhány milliliter érzéstelenítő szert adunk a gerinccsatornába (liquor tér), de nem a gerinccelöbe. A mai elvárásoknak megfelelően erre a célra kifejlesztett, speciálisan kiképzett hegyű, szövet és idegsérülést nem okozó, nagyon vékony tűvel szúrjuk meg. A szúrást követően érzéstelenítő szert vagy érzéstelenítő és erős hatású fájdalomcsillapító gyógyszer keverékét adjuk be. Az alkalmazott gyógyszerektől függően a szúrástól lefelé a végtagok átmeneti (3-5 órás) érzéketlensége és átmeneti mozgásképtelensége áll be, illetve akár 28-32 órás szegmentális fájdalomcsillapító hatás alakul ki. A spinális érzéstelenítést főképp az alsó végtagi, csípőtáji, térd, lábszár és láb traumatológiai, orthopédiai és sebészeti műtéti megoldásaihoz, valamint császármetszéshez, alhasi műtétekhez alkalmazzuk. A spinális érzéstelenítés hosszabbítására, újbóli érzéstelenítő szerek bejuttatására a gyakorlatban általában nincs lehetőség.

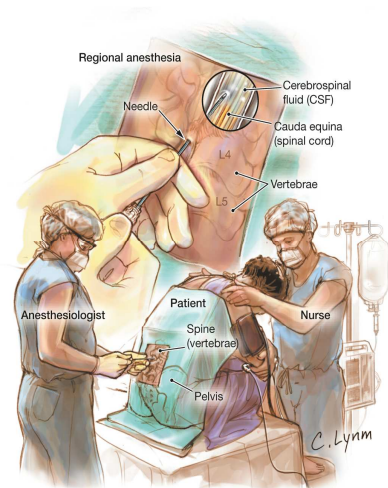


Fig. 150



Az epidurális érzéstelenítés esetén általában ülő helyzetben, vagy oldalt fekvé, megfelelő fertőtlenítés és steril eszközök biztosításával, helyi érzéstelenítésben 15-20 milliliter érzéstelenítő szert adunk a gerinccsatorna közelébe, de nem jutunk el a liquor térig. A mai elvárásoknak megfelelően erre a célra kifejlesztett, speciálisan kiképzett hegyű, nagyobb, de szövet és idegsérülést nem okozó tűvel szúrjuk meg. A szúrást követően vékony kanült vezetünk fel, majd érzéstelenítő szert vagy érzéstelenítő és erős hatású fájdalomcsillapító gyógyszer keverékét adjuk be. A kanült adagoló pumpához is csatlakoztathatjuk. Az alkalmazott gyógyszerektől és technikától függően a

szúrástól lefelé és felfelé övszerű átmeneti (4-6 órás) érzéketlenség áll be, amely a legtöbbször nem jár a végtagok teljes érzéstelenségével, mozgásuk legtöbbször részben megmarad. A fájdalomcsillapító hatás akár több napig fenntartható, sőt a beteg által is adagolható speciális pumpa segítségével. Az epidurális érzéstelenítést főképp



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,

AITO-5/2

kiterjedt, hosszabb műtétekhez, hasi, alhasi, csípőtáji, medence, alsó végtagi sebészeti, szülészeti, urológiai, traumatológiai és orthopédiai műtétekhez, valamint császármetszéshez és a szülési fájdalomcsillapításhoz is alkalmazzuk. Tartós fájdalomcsillapításhoz a bevezetett kanül rögzítése történhet varrattal vagy speciális felszíni ragasztással, esetleg a bőr alatti szövetekben képzett alagúton keresztül, amely a fertőzés veszélyt csökkenti. A műtét körüli időszakban behelyezett kanült általában 72 óra múlva megszüntetjük.

A légutak biztonságos védelmére, az önállóan alkalmazott spinális vagy epidurális érzéstelenítés mellett nincs szükség, hiszen a saját reflexek és spontán légzés megtartottak, idegen anyagok légutakba jutásának veszélye alacsony. Ennek ellenére arcmaszkon, vagy orrszondán keresztül a legtöbb esetben oxigént adagolunk.

Kívánságára vagy meglátásunk szerint akár folyamatos nyugtató, feszültségoldó gyógyszerelést alkalmazunk, melynek hatására szendergő állapotba kerül, de bármikor kontaktusba hozható és spontán légzése megtartott marad. Kombinációban alkalmazott epidurális érzéstelenítés esetén idegen anyagok légutakba jutásának megakadályozására illetve az altatás alatti lélegeztetésre légszótubust helyezünk be (**intubáció**). Ezek után altatógéphez csatlakoztatjuk és mesterségesen lélegeztetjük. Lélegeztetésre egyéb légút biztosítást is (pl. **gége-maszk, LMA**) végezhetünk, melyet szintén altatógéphez csatlakoztatunk, de a saját légzés megmarad, gépi lélegeztetésre nincs szükség.

➤ **Műtét/beavatkozás utáni kezelés:**

A műtét befejezésekor az érzéstelenítő hatás a legtöbbször még tart, stabil életműködések esetén általában visszahelyezzük az operációt végző osztályra. A mellékhatások és szövődmények előfordulása jóval kisebb, és a speciális tűk miatt ma már nem szükséges tartós, 24 órás fekvés sem a műtétet követő periódusban. A műtét után, amennyiben más ellenjavallata nincs, ihat és ételt is fogyaszthat, sőt a bőséges folyadék, tea fogyasztás különösen előnyös a gerincközeli érzéstelenítést egyre csökkenő számban követő fejfájások megelőzésében és kezelésében. Az érzéstelenítés elmúltával további fájdalomcsillapítók adását javasoljuk. Azonban ha számítani lehet további állapotromlásra, a műtét alatti időszakban jelentős szövődmény alakult ki, vagy a szervek instabil funkciózavara jelentkezett ritkán intenzív osztályos felvétel lehet indokolt.

➤ **Lehetséges szövődmények az érzéstelenítéssel kapcsolatban:**

1. **Általános megjegyzések:**

- A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességéért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
- Bármely orvosi beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknél nem szükségszerű velejárói, melyek bekövetkezése az orvos elvárható gondossága és körültekintése mellett betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztek nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
- Értelmeszerű, hogy ezekért a beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtétnek. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtét beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, belső varratelégelenség, varratkilökődés, sebgyógyulási zavar, a vártól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesezés vagy hasüregi műtétek utáni belősszenővések talaján kialakuló működési zavar) formájában jelentkezhetnek, de ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.
- A szövődmények, kockázatok elkerülése céljából a szakmai protokolloknak megfelelően alkalmazunk trombólízis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és e következmények megszüntetéséért.
- A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtét szövődmények esélyét.
- Amennyiben bármilyen szövődmény lép fel, osztályunk, illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,

AITO-5/2

A beteg/nyilatkozattételre jogosult aláírása:	
A Tanú 1. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel):	
A Tanú 2. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel):	

2. Általános (heveny vagy késői) műtéti szövődmények lehetnek tehát:

- Vérzés, utóvérzés
- Érsérülés(ek), Idegsérülés(ek)
- Szomszédos szervek sérülése(i)
- Embólia, trombózis
- Gyulladás (helyi vagy általános)
- Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítő szerek okozta)

A szövődmények lehetnek **fizikai** (vénapunkció, intubációs sérülés stb.), **élettani** (alacsony légzéstérfogat, kisebb szöveti oxigénszint, átmeneti ritmuszavar stb.), **gyógyszerhatás** (két vagy több gyógyszer kölcsönhatása, nem várt reakció, allergia stb.), **technikai** (altatógép meghibásodás, légzőkör szétkapcsolódás, intubációs nehézség stb.). A mellékhatások lehetnek **enyhék** (magától rendeződő szapora szív működés, fog kitörése, nyálkahártya sérülés stb.), **mérsékelték** (ébredés, vérnyomásesés, vérnyomás kiugrás, véna mellé adagolt infúzió, fertőzés, kis vérzés, hányinger, hányás, szénhidrát anyagcsere felborulás stb.) **ritkábban súlyos életveszélyes** (lélegeztetési nehézség, idegen anyagok belélegzése, uralkodatlan vérzés, ritmuszavar, agyvérzés, keringési-légzési elégtelenség, veseelégtelenség, légút sérülés, elhúzódó izombénulás stb.) illetve nagyon ritkán halál.

3. A javasolt érzéstelenítő beavatkozással kapcsolatos speciális szövődmények, melyek akár újabb műtéti beavatkozást tehetnek szükségessé:

- Bőr, ér, idegsérülés
- Fertőzés, agyhártyagyulladás
- Allergiás reakció
- Vérnyomáskiugrás, alacsony vérnyomás
- Ritmuszavar
- A punctió kapcsán rendkívül ritka szövődmény lehet epidurális tér bevérvése illetve fertőződése, amely esetlegesen műtéti feltárás szükségességét vonja maga után.
- Igen ritkán teljes bénulással járó eszméletvesztés

☞ A beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre:

Az érzéstelenítésnek csak egy behatárolt időszakra érvényesül a műtetre és a közvetlen műtét utáni időszakra. Amennyiben a gyógyszerek a szervezetében lebomlanak, illetve kiürülnek, azok hatásai megszűnnek. Az érzéstelenítéssel jár a szokatlan érzés a végtagokban, bizsergés, átmeneti mozgáskorlátozottság.

☞ A beavatkozás lehetséges alternatívái:

- regionális, vagy általános érzéstelenítés

☞ A beavatkozás elmaradásának előnye:

Mai tudásunk szerint az Ön betegsége miatt a javasolt vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

☞ A beavatkozás elmaradásának veszélyei:



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,

AITO-5/2

A megfelelő műtéti érzéstelenítés elhagyása esetén az operáció végrehajtása a legtöbbször lehetetlen, illetve az Ön számára rendkívüli fájdalommal és kellemetlenséggel járna, melyet nem tudunk összeegyeztetni gyógyító céljainkkal. Az altató orvos által ajánlott gerincközeli érzéstelenítés magasabb minőségű és hosszabban tartó fájdalomcsillapítást okoz, fokozza a sebgyógyulási hajlamot, némileg véd a mélyvénás trombózis, tüdőgyulladás előfordulásával szemben, egyéb társbetegségek, fertőzések megjelenése, az intenzív osztályos elhelyezés és elhúzóódó kórházi tartózkodás statisztikailag kevésbé valószínű.

☛A beavatkozás kiterjesztése:

1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben az érzéstelenítés felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása számomra jelentene káros megterhelést, és a későbbiekben esetlegesen újabb műtétet tenne szükségessé. Ezúton felhatalmazom kezelő-orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozást a szükséges mértékben gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék/megváltoztassák különösen, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.
2. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a hatályos törvények szerint, amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése a valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – erre irányuló beleegyezésem hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Ezen információt megértettem, és ennek birtokában, szabad akaratomból felhatalmazom kezelőorvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozás kiterjesztését akkor is elvégezzék, ha az valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

☛Kérjük, segítsen nekünk...

...azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

☛**Beszélje meg orvosával** a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseit.

A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):

	A beteg kérdései	Az orvos válaszai
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,

AITO-5/2

➔ Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

1.	Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
2.	Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb..)?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem (ha igen, akkor milyen):	
3.	Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún tárolási betegségek):	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
4.	Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységről?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
5.	Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
6.	Van-e ismert szívbetegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
7.	Magas vérnyomása?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
8.	Érbetegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
9.	Tüdő, légúti betegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
10.	Emésztési, gyomor, bélbetegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
11.	Májbetegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
12.	Vesebetegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
13.	Idegrendszeri betegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
14.	Pajzsmirigy-betegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
15.	Köszvény / magas koleszterin?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
16.	Pszichiátriai betegsége pl. depresszió?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
17.	Csontváz, ízületi betegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
18.	Izomrendszeri betegsége	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
19.	Szembetegsége?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
20.	Egyéb betegség?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
21.	Történt-e altatás során Önnel vagy családjával súlyos szövődmény?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
22.	Dohányzik?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Ha igen, mennyit? szál/nap
23.	Alkoholt fogyaszt?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	Ha igen: Rendszeresen / Alkalmanként / Ritkán/ Soha
24.	Van-e kivehető / mozgó foga? Hídja / koronája?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
25.	Korábbi műtétek?		
26.	Kapott-e vért?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
27.	Szövődmény jelentkezett	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,

AITO-5/2

☛ A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:

- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen beavatkozást szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem.
- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításáig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent tartózkodásom alatt folyamatosan, továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos szakképesítése:	
A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos beosztása:	

☛ Beleegyező nyilatkozat

- Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövödményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövödmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyzem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

.....
A beavatkozás/műtét tervezett dátuma

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

Orvos aláírása:	Orvos pecsétje:
-----------------	-----------------



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,
AITO-5/2

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

Kaposvár, év hó nap óra perc

➔ Elutasító nyilatkozat

Amennyiben **NEM FOGADJA EL a javasolt kezelést**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

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

A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása		A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje	
A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása		A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje	

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

2. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

Kaposvár, év hó nap óra perc



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT
GERINCKÖZELI-, SPINÁLIS-, EPIDURÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉS,
AITO-5/2

☞ Tájékoztatásról való lemondás

Amennyiben **LEMOND** a tájékoztatásról és más személyt feljogosít erre, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

.....

Helyettem tájékoztassák:

.....-t

A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása		A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje	
A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása		A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje	

.....-t

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

.....

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:
Anyja neve:
Lakcíme:

Kelt:

Kaposvár, ... év hó nap óra perc

Jelen sorszámozott oldalból álló betegtájékoztatót/beleegyző nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érhető válaszokat kaptam. Ezek tudatában és birtokában az ellátásba beleegyezem.

.....

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Készült 20.....-n és óra között

a SM KMOK Osztály helyiségében.