



## **Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat a derékfájdalmak és pseudoradicularis panaszok kezelésére alkalmazott csigolya kisízületi blokádroz**

### **Kedves Betegünk!**

Jelen tájékoztatóval az a célunk, hogy röviden ismertessük betegségé lényegét, tájékoztassuk a beavatkozásról, a lehetséges kockázatokról és szövődményekről. A kezelőorvos Önnek személyre szabott, teljes körű szóbeli tájékoztatót is ad, lehetőséget biztosítva a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére.

### **A betegség megnevezése, rövid ismertetése**

A csigolyák kisízületeinek kopásos elváltozásai (spondylarthrosis) következtében jelentős derékfájdalom, valamint a gerinc kisízületekből eredő, nem specifikus alsó végtagi fájdalmak alakulhatnak ki, melyek fartájékra, csípők felé és az alsó végtagokba szimmetrikusan jellemzően térdig sugárzódnak és jelentősen rontják az életminőséget.

### **A beavatkozás célja**

A kisízületi blokádroz célja a kopott kisízületekből adódó fájdalom gyors és hatékony enyhítése, valamint a mozgásképeség és a beteg életminőségének javítása a gerincműtéthez viszonyítva jóval alacsonyabb kockázat mellett. A blokádroz nem lesz hatása az idegyöki kompresszióból eredő isiászos fájdalmakra, így a pontos betegvizsgálat kiemelten fontos.

### **A beavatkozás menete, rövid leírása**

A kisízületi blokádroz ambulánsan történik steril műtői körülmények között. Precíz képkalkotó vezérléssel (fluoroszkópia) az érintett kisízülethez vékony tű segítségével célzottan gyógyszeres oldatot (általában helyi érzéstelenítőt és gyulladáscsökkentőt) juttatunk be. A kezelés minimális kellemetlenséggel jár, és rövid ideig tart.

### **A beavatkozás lehetséges előnyei**

A kisízületi blokádroz gyors és jelentős fájdalomcsillapítást eredményez a betegek többségénél, javíthatja a mozgásképeséget és csökkentheti a további fájdalomcsillapító igényt.

### **A beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei**

A kezelés elmaradása esetén a fájdalom és a mozgáskorlátozottság tartósan fennmaradhat.

### **A beavatkozás helyett alkalmazható egyéb gyógymódok**

Alternatív terápiák lehetnek a fájdalomcsillapító gyógyszeres kezelések, fizioterápia, gyógytorna, illetve egyéb, nagyobb beavatkozással járó műtétek, amelyek hosszabb távú enyhülést biztosíthatnak.



## A beavatkozás lehetséges kockázatai

Általános kockázatok: enyhe fájdalom, átmeneti zsibbadás.

Ritkán előfordulhat helyi vérzés, fertőzés (<1%) vagy allergiás reakció a beadott gyógyszerekre, illetve átmenetileg vérnyomás- és vércukoremelkedés is. Extrém ritkán fordulhatnak elő durva tünetek, mint bénulás, járászavar, széklet-, vizeletszabályozási zavar, szexuális zavar, munkaképesség csökkenése, nyílt műtét szükségessége vagy tartós ápolásra szorulás.

## A beavatkozás előtti teendők

Tájékoztassa kezelőorvosát aktuális gyógyszereszedési szokásairól és allergiáiról! A véralvadásgátlókat és vérhígítókat típusától függő időben el kell hagyni vagy kis molekulásúlyú heparin (LMWH) injekcióra át kell állítani belgyógyász javaslata alapján.

A beavatkozás előtt egy héten belüli laborvizsgálat szükséges, amiben a véralvadási paramétereknek, a vércukornak és a gyulladást jelző értékeknek normál tartományban kell lenniük.

## A beavatkozás utáni teendők, életmód

A kezelés után javasolt néhány órás pihenés, ezt követően fokozatosan visszatérhet a mindennapi tevékenységeihez. A beavatkozás utána 1 nappal naptól ismét szedheti a véralvadásgátló, vérhígító gyógyszereit. 24 óra múlva zuhanyozhat, de a sebeit még három napig ne áztassa! Kerülje a kifejezett fizikai aktivitást 2 hétig! Amennyiben egy hét múlva jobban érzi magát, megkezdheti a rendszeres gerinctornát. Több, mint három hónapig tartó érdemi fájdalomcsillapodás esetén a beavatkozás ismétlődő. Fennmaradó vagy romló panaszok esetén kontrollra jelentkezzen!

**A beavatkozás tervezett időpontja:** .....

## A beteg kérdései

.....  
.....  
.....  
.....

## Az orvos megjegyzései

(A beteg személyes, egyéni műtéti kockázatait, a beteg kérdéseire adott válaszok)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Önnek joga van a tájékoztatást követően is további kérdésfeltevésre.

Ön a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja, a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén azonban kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

## Beleegyező nyilatkozat

**Beteg neve:** .....

**TAJ szám:** .....

**Születési hely, idő:**.....

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú beteg esetén a törvényes képviselő/Eütv. 16. § szerinti helyettes döntéshozó adatai (név, szül. hely és idő, anyja neve, lakcím, telefonszám):

.....  
.....  
.....

Rokonsági foka/törvényes képviselő típusa: .....

Cselekvőképtelen állapotú személy esetében az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerinti helyettes döntéshozó a beavatkozásba való beleegyezéssel egyidejűleg arra vonatkozóan is nyilatkozik, hogy jogosult a beleegyezés, illetve visszautasítás jogát gyakorolni és nincs vagy reális időn belül nem érhető el az Eütv. 16. § (2) bekezdés sorrendje szerint előrébb való személy.

**1. Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): derékfájdalmak és pseudoradicularis panaszok

**2. Tervezett beavatkozás megnevezése:** a derékfájdalmak és pseudoradicularis panaszok kezelésére alkalmazott csigolya kisízületi blokádnak

**3. Tájékoztatást végző orvos neve:** .....

A szóbeli tájékoztatást és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztatót megértettem és tudomásul vettem, a javasolt beavatkozással, a beavatkozás céljával, várható hasznával és kockázataival kapcsolatos, szóban feltett kérdéseimre a tájékoztatást nyújtó orvostól



kielégítő, számomra érthető választ kaptam és elegendő idő állt rendelkezésre ahhoz, hogy eldöntsem, beleegyezem-e a beavatkozásba.

A szóbeli tájékoztatás és a jelen nyilatkozathoz tartozó betegtájékoztató elolvasása után, kellő mérlegelést követően, minden kényszeről mentesen **beleegyezem, hogy a beavatkozást elvégezzék.**

Kelt: ....., 20..... hó ..... nap

.....  
tájékoztatót végző orvos  
aláírása és pecsétje

.....  
beteg/törvényes képviselő/helyettes döntéshozó  
aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

1. tanú

2. tanú

név .....

.....

lakcím .....

.....

aláírás .....

.....