

<b>ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b>		
<b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, Szülészet 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>		<b>Verziószám: 3</b>

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b>		<b>TAJ szám:</b>	
<b>Anyja neve:</b>		<b>Születési idő:</b>	

**Cselekvőképtelenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

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

- Beleegyzem, hogy osztályos felvételemet követően a betegség tisztázásához szükséges diagnosztikus és gyógyító beavatkozásokat (pl. vérvétel, radiológiai vizsgálat, infúzió, injekció, hólyagkatéterezés) elvégezzék. Az elvárható legnagyobb gondossággal elvégzett beavatkozás kockázatát, a fellépő váratlan és későbbi szövődményt - amely átmeneti vagy tartós egészségromlást okozhat – vállalom. (Szövődmények lehetnek: pl. gyógyszer túlérzékenység, szöveti károsodás a beavatkozás helyén, fertőzés. Az alkalmazott eljárás során, sajnálatos módon előfordulhatnak égések a bőrfelületen az alkalmazott kémiai anyagok, ragasztóanyagok, kötszer által okozott irritáció miatt.) Tudomásul veszem, hogy az átlagostól eltérő kockázatot jelenthet esetemben a kivizsgálás során fel nem derített betegségek fennállása.
- Beleegyzem gyógyulásom érdekében a kezelőorvosom által javasolt és előírt gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelésbe (pl. gyógytorna, diéta, szocio-és foglalkozó terápia).
- Beleegyzem, hogy amennyiben elkülönítést igénylő fertőző betegséget állapítanak meg, az infektológiai osztályra áthelyezzenek.
- Műtétnek minősülő vizsgálati eljárás, invazív eljárás, továbbá olyan vizsgálati vagy gyógyító eljárás, mely nagy kockázatot jelent, további írásbeli hozzájárulásom mellett végezhető el.
- Beleegyzem, hogy a betegség során fellépő, hevenyen sürgőssé váló (életvesztély) diagnosztikai vizsgálatokat és műtétet írásbeli hozzájárulásom nélkül is, rajtam elvégezzék.
- Tudomásom van arról, hogy ha a beavatkozás elmaradása közvetlen életvesztélyt jelentene számomra, vagy mások testi épségét súlyosan veszélyeztetné, beleegyezésem nem szükséges a beavatkozás elvégzéséhez.
- Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben az egészségügyi személyzet és orvostanhallgatók képzése is folyik, ezért beleegyzem abba, hogy vizsgálatomnál és kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemesak orvosok, hanem orvostanhallgatók, gyakorló egészségügyi szakdolgozók és gyakorló ápolók is részt vehessenek, akiket szintén titoktartás kötelez.
- Beleegyzem ellátásom biztonsága érdekében a betegazonosító csuklópánt felhelyezésébe.
- Kijelentem, hogy az orvosi eljárásra, valamint az osztályos házirendre vonatkozó felvilágosítást megkaptam, az azokban foglaltakat teljes egészében megértettem és tudomásul veszem.
- Beleegyzem, hogy közvetlen ellátásom során dolgozót ért sérülés (pl. tűszúrás, vágás) esetén tőlem szűrés céljából vért vegyenek.
- Hozzájárulok, hogy személyes adataimat és egészségügyi ellátásom során keletkezett egészségügyi adataimat a betegellátási tevékenység érdekében, jogszerűen és célhoz kötötten az adatvédelmi előírások betartásával a kórház kezelje, a kórházi adatbázisokban rögzítse és feldolgozza, valamint a jogszabályokban meghatározott szervek felé továbbítsa. Tudomásul veszem, hogy amennyiben adataim kezeléséhez nem járulok hozzá, az egészségügyi ellátásom nem megvalósítható.
- Hozzájárulok, hogy az ellátásommal kapcsolatos adatok, dokumentumok hozzáférhetőek legyenek az egészségügyi központi adatbázisban az EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér) rendszeren keresztül. Tudomásul veszem, hogy adataim EESZT rendszerbe történő továbbításáról kizárólag írásos

	<b>ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b>  <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, Szülészeti</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>Verziószám: 3</b>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

dokumentum alapján, tiltó nyilatkozat aláírásával mondhatok le. Az általam aláírt adatközlést tiltó nyilatkozat hiányában hozzájárulásomat megadottnak kell tekinteni.

13. Hozzájárulok, hogy amennyiben a Zala Megyei Szent Rafael Kórházban történő gyógykezelésem során intézeten kívüli, más egészségügyi szolgáltatónál dolgozó orvos bevonása szükséges ellátásomba (konzílium), egészségügyi adataim továbbításra kerüljenek számára.

Egészségügyi adatainak kezelésével, hozzáféréssel, felhasználásával, továbbításával, megváltoztatásával, módosításával kapcsolatos panaszok esetén intézetünk Adatvédelmi Felelőséhez fordulhat: kecskesg.foi@zmkorhaz.hu e-mail címen.

A fent felsoroltak közül nem egyezem bele az alábbi pontokba:.....

A fentiekre számomra részletes és érthető tájékoztatást adott: (olvasható aláírás)

Dátum:.....

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Császármetszés végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-SZN-05.</b>  <b>Verziószám: 1!</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b>		<b>TAJ szám:</b>	
<b>Anyja neve:</b>		<b>Születési idő:</b>	

**Cselekvőképtelenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka:

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

**Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

Grav.s. 38. St.p.sect.caes. II.

**Beavatkozás megnevezése:** császármetszés

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

**A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**

A terhesség ill. a vajúdás során kialakulhat olyan helyzet, amely során a hüvelyi szülést nem tartjuk biztonságosnak. A császármetszés javallata egyes esetekben már a vajúdás megkezdése előtt adottak, ilyenkor a szülést eleve császármetszéssel fejezzük be.(pl myopia-retinaleválás veszélye) Más esetekben a vajúdás során kialakult helyzet kényszerít bennünket a császármetszés elvégzésére (anyai ok, magzati ok, mindkettő).Ha kellő időben nem végezzük el a műtétet, az anya életveszélybe kerülhet, és a magzatot elveszíthetjük, illetve fennáll az átmeneti, vagy maradandó magzati károsodás veszélye. Az ezt helyettesítő hüvelyi szülést néha éppen azért nem választjuk, mivel a császármetszés ma már nemcsak, és nem elsősorban a gyógyulás eszköze, hanem legfőképpen az eredményes megelőzése is. A császármetszés hüvelyi szülésnél kétségtelenül hosszabb anyai gyógyulást igénylő beavatkozás. A hüvelyi szüléssel összehasonlítva gyakrabban kell gyermekágy szövődményekre (fertőzés, hólyaggyulladás, vérvesztés, sebgyógyulási zavarok, stb.) számítani és megnő a kórházban tartózkodás időtartama is. Mindezek következtében valamelyest magasabb az anyai halálozás is. A műtétet követő szülések kb.2/3-nál ismételtlen császármetszéshez kell folyamodnunk.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

A császármetszés elvégzésének eldöntésekor az orvos a hüvelyi szülés és a császármetszés két lehetősége közül kell hogy döntsön. Alternatívák ekkor már nem jöhetnek számításba.

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A magzat hasi műtéttel történő világrahozatala a szülőcsatorna megkerülésével. minden esetben ezt a megoldást kell választanunk, amikor egyértelművé válik, hogy a fennálló anyai és / vagy magzati szövődmények miatt a hüvelyi szülés nem vállalható, mivel az anyát és / vagy magzatot súlyosan veszélyeztetné. Mérlegelésnél a közvetlen veszélyeztetettség mellett azt a megelőző szemléletet is figyelembe kell venni, hogy a császármetszés elvégzésével kedvezőbb eredményre számíthatunk. Az esetek döntő többségében gerincérzéstelenítésben (spinál anaesthesia) az alhas területén ejtett haránt irányú metszésből hatolunk be a hasüregbe, majd a méh megfelelő módon történő megnyitásával kiemeljük a magzatot, majd a lepényt és gondos revízió után egyesítjük a sebszéleket. Az újszülött szakellátását a jelenlévő gyermekgyógyász (neonatólogus) szakorvos végzi. Néhány esetben főképpen magzati okokból a gerincvelő érzéstelenítést részesítjük előnyben.

**A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:**

A hasi sebzés miatti fájdalom, spinál érzéstelenítés után ritkán előforduló fejfájás, méh összehúzódása miatti alhasi görcsök

**A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

A méh és petefészek, valamint a petevezetők konzerválására mindent elkövetünk, de előadódhat olyan állapot, hogy valamely női szerv csonkolására vagy eltávolítására kényszerülünk. Mindezek következtében valamelyest magasabb az anyai halálozás is. ritkán a méh sérülése, vagy befolyásolhatatlan vérzése miatt annak eltávolítására kényszerülünk. Ezek a váratlan szövődmények a leggondosabb műtéti technika és tapasztalat mellett is előfordulhatnak.

A műtét során ritkán, sajnálatos módon a leggondosabb eljárás alkalmazása mellett is előfordulhatnak égések a bőrfelületen az elektródák által lefedett területen, melyek a használt orvostechikai eszközök működése közbeni váratlan esemény miatt vagy az alkalmazott kémiai anyagok, izolálás, ragasztóanyagok, kötszer által okozott irritációból erednek.

**A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

	<p style="text-align: center;"><b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b>  <b>Császármetzés végzéséhez</b>  <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b>  <b>SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b>  <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b></p>	<p>BNY-ZMK-SZN-05. Verziószám: 1!</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....

Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

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 döntsek 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. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg tájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Császármetszés végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-SZN-05.</b>  <b>Verziószám: 1!</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

**1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kénysertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**2. Beavatkozás visszautasítása:**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megisméltése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

*Figyelmeztetés! Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.*

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**3. Tájékoztatásról való lemondás:**

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

**Helyettem tájékoztassák:** .....

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

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Érzéstelenítés</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>Szülészeti</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ITO-03.</b>  <b>Verziószám: 1</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b>		<b>TAJ szám:</b>	
<b>Anyja neve:</b>		<b>Születési idő:</b>	

**Cselekvőképzetlenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

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

**Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**

Grav.s. 38. Stp.sect.caes. II.

**Beavatkozás megnevezése:** A fájdalmas vizsgálatokat és beavatkozásokat rendszerint anesztéziában (fájdalommentességben) végezzük. Napjainkban nemritkán bonyolult és megterhelő sebészeti beavatkozásokat végzünk egyre idősebb és súlyos társbetegségekkel rendelkező betegeken is. Az aneszteziológus célja, hogy a beavatkozáson a páciens fájdalommentesen, stabil életfunkciókkal és a lehető legkisebb testi-lelki megterheléssel essen túl.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

**A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**

Sok beavatkozás (pl.kiterjesztett műtétek) anesztézia nélkül egyáltalán nem végezhető el. Az érzéstelenítés különböző módszerekkel történhet.

Az érzéstelenítés módját a műtéti beavatkozás típusától, az Ön általános állapotától, kísérő betegségeitől, életkorától, életmódbeli szokásaitól függően választjuk ki és ajánljuk Önnek.

Amennyiben állapota szükségessé teszi és a műtét halasztható, előfordulhat, hogy további vizsgálatokat és gyógykezelést javaslunk, hogy Ön a lehető legjobb egészségi állapotában kerüljön a műtöbe. Így a lehetséges szövődmények előfordulása csökkenthető, az Ön gyógyulási esélyei a legjobbak.

Mint már fentebb említettük, anesztézia nélkül bizonyos beavatkozások nem végezhetőek el. Az aneszteziológus által felajánlott aneszteziológiai módszer elutasítása az Ön egészségi állapotára többletkockázattal járhat, akár a beavatkozás elmaradását is vonhatja maga után.

**Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:** Amennyiben a műtét jellege és az Ön egészségi állapota lehetővé teszi, hogy többfajta érzéstelenítési lehetőség közül válasszon, kívánságát figyelembe vesszük.

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Érzéstelenítés</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>Szülészet</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ITO-03.</b>  <b>Verziószám: 1</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

#### **Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A beavatkozás előtt Önt felkereső aneszteziológus a műtét típusa, időtartama, az Ön kísérőbetegségei és állapota alapján javaslatot tesz az érzéstelenítés módjára. A fenti szempontokat figyelembe véve az Ön számára legjobbat fogja ajánlani! Bizonyos határokon belül van mód arra, hogy az Ön más irányú kívánságát is figyelembe vegye, de a szakma szabályait előnyben kell részesíteni. Az anesztézia módjától függetlenül utasításokkal látja el a beavatkozásig terjedő időszakra vonatkozóan:

Az aspiráció (azaz a hányadék belégzése) megakadályozása céljából csak az aneszteziológus által meghatározott ideig fogyasszon ételt és folyadékot.

Gyógyszereit az altatóorvos által előírt módon vegye be!

Az altatóorvos által megjelölt időponttól ne dohányozzon!

Kivehető kontaktlencséjét, testékszereit, fogprotézisét távolítsa el!

Értéktárgyat ne hozzon a műtőbe!

Körméről a lakkot mossa le!

A tulajdonképpeni érzéstelenítés a műtőben kezdődik. Az alábbiakban röviden ismertetjük a különböző aneszteziológiai módszereket.

A legkisebb megterhelést (ha a műtét típusa megengedi) a helyi érzéstelenítés jelenti, ezt operáló orvosa végzi. Ekkor a műtési területet érzéstelenítő gyógyszerrel körbeinjekciózzák.

Az altatóorvosok által végzett érzéstelenítésnek két fő típusa van:

#### **1.Általános érzéstelenítés (altatás)**

Altatás során a fájdalommentesség az egész testre kiterjed és öntudatvesztéssel párosul. Eközben különböző altató és fájdalomcsillapító gyógyszerek kombinációjával biztosítjuk a rendkívül fájdalmas műtési ingerek okozta keringési és idegrendszeri hatások kikapcsolását. Az altatás során korszerű műszerek, altatógép és monitorok segítenek az Ön életműködéseinek fenntartásában és ellenőrzésében.

**Maszkos altatásnál** infúzióban adott altatószertől Ön gyorsan elalszik, majd az arcára helyezett vagy garatjába bevezetett speciális maszkon keresztül oxigént és altatógázokat adagolunk.

Bizonyos ritka esetekben már az elaltatáshoz is altató gázokat használunk.

Az **intubációs altatás** a legösszetettebb módszer, ennél fogva a legtöbb kockázatot rejti magában.

E módszer során az Ön elalvását infúzióban adagolt altató és fájdalomcsillapító gyógyszerekkel idézzük elő. Ezt követően légzését izombénító szerrel leállítjuk, majd azonnal puha műanyag csövet vezetünk a légcsővébe, s ezen át lélegeztetjük, adagoljuk az oxigént és az altatógázokat. A műtét menetének megfelelően az altató és fájdalomcsillapító, valamint izombénító gyógyszerek ismétlésén felül további gyógyszerek adására is szükség lehet.

Az operáció végeztével az általunk adagolt gyógyszereket részben az Ön szervezete lebontja, részben ellenszerekkel hatástalanítjuk. Ennek következtében Ön a műtét végét követően kb. tíz percen belül felébred. Fájdalmát már az ébresztés előtt rutinszerűen adagolt fájdalomcsillapítókkal csökkentjük.

#### **2.Regionális érzéstelenítés (vezetékes érzéstelenítés)**

A fájdalommentesség a test egy meghatározott részére korlátozódik, öntudatvesztéssel nem párosul. A végtagokon, a gáttájékon, a hasban és az alhasban végzett műtétek esetén használható.

##### **2/a**

Az alkaron végzett beavatkozások esetén érzéstelenítő oldattal töltjük fel az alkar visszereit (ún. **intravénás regionális anesztézia**). Az érzéstelenítő „elszökését”, keringésbe jutását a felkarra helyezett szorítómandzsettával akadályozzuk meg. A fájdalommentesség csak a műtét időtartamára szól, fájdalmát a műtétet követően csillapítani fogjuk.

##### **2/b**

A felső és az alsó végtagokon végzett műtétek esetén a végtaghoz futó fő idegtörzsek köré érzéstelenítőszert fecskendezünk. Az ideg felkeresését speciális ingerlő műszerrel végezzük. Ezt nevezzük **idggblokádnak**. A



<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Érzéstelenítés</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>Szülészet</b> <b>8900. ZALAEGRSZEZ, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ITO-03.</b>  <b>Verziószám: 1</b>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

beadott gyógyszertől és mennyiségétől függően hosszú, akár 6-10 órán át tartó fájdalommentességet tudunk ezzel a technikával elérni. Így nem csak a műtét alatt, hanem a műtét után hosszabb ideig is fájdalommentességet tudunk biztosítani.

**2/c A gerinc közeli érzéstelenítés** az alsó végtagokon, a gáttájékon, a hasban és az alhasban végzett műtétek esetén használható. Két módja létezik:

**Spinális érzéstelenítés:** ennél az érzéstelenítési módszernél a csigolyák között vékony tűt vezetünk be a gerinchártyákon át és érzéstelenítő injekciót (helyi érzéstelenítő szert és/vagy kábító fájdalomcsillapító szert) adagolunk a gerincfolyadékba. Ennek hatására az alsó testfél néhány órára érzéstelenné és mozgásképtelenné válik, majd a szer hatásának elmúltával az érzések és a mozgások visszatérnek.

**Epidurális érzéstelenítést** alhasi és alsó végtagi műtéteknél alkalmazhatunk.

Speciális indikációja ennek az eljárásnak a kiterjesztett hasi-alhasi műtétek ( főleg daganatsebészeti esetek) altatással kombinált anesztéziája. Epidurális érzéstelenítésnél helyi érzéstelenítést követően egy különleges tűn (az ún. Touhy-tűn) keresztül vékony csövet vezetünk be a csigolyák között a gerincet borító kemény agyhártya két rétege közé, melyen keresztül akár folyamatosan is érzéstelenítő oldatot (helyi érzéstelenítő szert és/vagy kábító fájdalomcsillapító szert) adagolhatunk. A fájdalommentesség mellett a mozgások többnyire kivitelezhetőek. A gyakorlatban ezt a módszert sokszor az altatással kombinálva alkalmazzuk műtét során, majd a műtét utáni időszakban kiválóan csillapítja a sebfájdalmat, elősegíti a bélműködés mielőbbi helyreállítását.

**A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:**

**A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

**1. Az altatás és a vele járó egyéb beavatkozások ( vénás kanül bevezetés, fektetés stb.) általános mellékhatásai, szövődményei**

Nagyon gyakori: száraz torok, köhögés, átmeneti zavartság, tájékozatlanság, hányinger, hányás, fejfájás, izomfájdalmak – megfelelő gyógyszerválassal csökkenthető a kialakulás kockázata.

Gyakori: vénagyulladás, remegés, hidegrázás, rekedtség ( főleg nehéz légútbiztosítás esetén)

Kevésbé gyakori: fog-, nyelv-, ajak, ínysérülés, gégegörcs, gépek meghibásodása, véletlen ébrenlét, légútbiztosítás kivitelezhetetlensége – a megfelelő eszközök és tapasztalt aneszteziológusok minimalizálják ezen lehetőségeket.

Ritka: gyógyszerallergia, a fektetés következtében nyomási sérülések, idegsérülések, ritmus-és vezetési zavarok, szívinfarktus, szívmegállás, hirtelen halálozás- a részletes kórelőzmény felvétel és kivizsgálás, a páciens által korrekt módon átadott információk lehetővé teszik a gondos műtét előtti kivizsgálást, előkészítést. Ez és az anesztézia alatti monitorozás lehetővé teszi, hogy az aneszteziológus megtegyen mindent a súlyos, esetleg halálos szövődmények bekövetkezte ellen.

Esetlegesen fennálló terhesség esetében főleg az első három hónapban vetélés illetve a magzat genetikai károsodása alakulhat ki.

**2. A regionális érzéstelenítés mellékhatásai**

Gyakori: vérnyomásesés, szívritmus-és vezetési zavarok, fejfájás, átmeneti vizelési zavar spinális érzéstelenítést követően. Amennyiben epidurális érzéstelenítés során a kemény agyhártya második rétegét átszúrjuk, a fejfájás szintén gyakori.

Kevésbé gyakori: derékfájás, gyulladás a bőrön a tűszúrások helyén, tályog epidurális kanülálást követően, központi idegrendszer görcsei, szívmegállás.

Nagyon ritka: alsó testfél bénulás, idegbénulások, gerinchártya bevérzés, halálozás.

	<p style="text-align: center;"><b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Érzéstelenítés</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>Szülészet</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b></p>	<p><b>BNY-ZMK-ITO-03.</b></p> <p>Verziószám: 1</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

	<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Érzéstelenítés</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>Szülészet</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ITO-03.</b>  <b>Verziószám: 1</b>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....  
Tudomásul veszem, hogy az orvostudomány és a sebészet nem egzakt tudomány, a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

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 döntsek 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. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

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.

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Érzéstelenítés</b> <b>végzéséhez</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ</b> <b>Szülészet</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-ITO-03.</b>  <b>Verziószám: 1</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

**1. A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszerítől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.**

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**2. Beavatkozás visszautasítása:**

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....

***Figyelmeztetés!** Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.*

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**3. Tájékoztatásról való lemondás:**

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

**Helyettem tájékoztassák:** .....

*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!*

.....  
.....

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatót adó orvos  
neve aláírása, pecsétje

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**