



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT
(**invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.**)

**FACIALIS (INTRABUCCALIS) ELEKTRODIAGNOSZTIKA ÉS
TERÁPIA**

I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Tisztelt Betegünk!

Önök érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

I. Beavatkozás megnevezése:

facialis/intrabuccalis (arcizmok) elektrodiagnosztika és terápia

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

Beavatkozás célja:

Olyan újszülöttek esetében alkalmazott diagnosztikus és terápiás eljárás, akiknél a születést követően észlelhető az arcizmok beidegzésének zavara (szájmozgás elmaradás, szemháj zárás elégtelenség), az arcizmok féoldalali bénulása. Ez elsősorban az arcideg lefutása mentén lévő térszűkítő elváltozás, sérülés következménye lehet ebben a korai életkorban.

A cél, hogy a diagnosztikus eljárás során megállapított elektromos stimulációs paraméterekkel történő rendszeres kezelések hatására a beidegzés rendeződjön, az arcizmok működése a normálhoz közelítsen vagy elérje azt.

Beavatkozás menete:

A diagnosztikus eljárásban és kezelésben jártas asszisztens előkészíti a beavatkozáshoz szükséges eszközöket, majd a vizsgálatot végző orvos, vagy a kezelést végző asszisztens gumikesztyűben behelyez a páciens szájába egy erre a célra kialakított, elektromos ingerlésére alkalmas puha gumiból készült, fémkupakban végződő, katéterszerű elektródát, a másik, indifferens elektródát a szájon kívül az arca helyezi. A szájban lévő elektróda segítségével megkereshetők azok az ingerpontok, melyek ingerlésére izom-összehúzódás váltódik ki. A szemháj zárás elégtelensége esetén a szem körüli terület ingerpontjainak stimulálását végezzük. A diagnosztika során emelkedő intenzitású szelektív ingeráramokat alkalmazva megállapítjuk az optimális működéshez szükséges beállítási paramétereket, melyeket a későbbiekben a kezelés során alkalmazunk, illetve a kezelés eredménye függvényében időről időre módosítunk.

Amennyiben a diagnosztikus folyamat során kiváltható volt arcizom-mozgás, akkor a megfelelő paraméterekkel a kezelést naponta kell ismételni, 3-5 perces stimulációs periódus és 2-3 perces szünet váltakozásával kb. 15-20 percig. A rendszeres kezelés hetekig, esetenként hónapokig lehet szükséges a várt eredmény eléréséhez.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

Az arcizmok működését szeretnénk helyreállítani, hogy összehangolt izomműködésük révén, a száj és szem környéki területek mozgása megfelelő legyen, funkciójuk (száj és szemháj teljes zárása,



hangképzés, mimika) helyreálljon. A siker a beidegzés károsodásának mértékétől és a terápia korai elindításától, rendszerességétől is függ.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázatai:

-

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

nincs

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

Amennyiben a diagnosztika és kezelés nem történik meg, az arcizom beidegzési probléma fennmarad, a páciens szájmozgása, szemhéj zárása nem tud megvalósulni. Ez további problémákat okozhat (szem kiszáradás, táplálkozási, mimika képzési, hangadási probléma) és rontja a páciens életminőségét.

VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:

Nyugtató.

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Enyhe sérülés, átmeneti hatásra kialakuló beidegzési zavar esetén spontán javulás is előfordulhat. Az esetek többségében a fent vázolt eljárás szükséges a megfelelő idegi és izomműködés létrehozásához. Amennyiben az elektrodiagnosztika során nem lehet kiváltani izomműködést, a beidegzés területének műtéti feltárása, a sérült idegvégződések egyesítése lehet szükséges. Szintén műtéti feltárás indokolt, ha a kórtörténet nem sérülést, hanem valamilyen egyéb térszűkítő folyamat lehetőségét veti fel.

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A diagnosztikus eljárást követően tudunk pontosabban mondani az arcideg funkció helyreállíthatóságáról. Amennyiben a diagnosztika során sikerül kiváltani izomműködést, a rendszeres kezelése során látható javulás üteméből lehet következtetni a kezelés várható időtartamára, s annak végső elérhető eredményére.

X. Beavatkozást követő életmód:

-

II. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: OEP kód:.....

Beteg neve:

Születési ideje: TAJ száma:.....

A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

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



A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázatai a Beteg esetében:

.....
.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

.....
.....

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

.....

Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:

.....
.....

További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:

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

A beteg kérdései:

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

A kérdésekre adott válaszok:

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

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéniesített, teljes körű tájékoztatást** a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest,

A beavatkozást végző orvos neve:

aláírása, pecsétje

Tisztelt Betegünk!

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógy mód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:

1. E nyilatkozatot a Budapesti Szent Margit Kórház keretében kezelt *[Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]*

- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)

2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógy módok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** *(ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)*

.....
.....
(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizzék.



8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógmódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírással is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.
A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.**

A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató tartalmát **megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.**

Kelt: Budapest,
.....
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....
Tanúk (*név/aláírás/lakcím*) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1.

2.

SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késsedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest,

.....
beavatkozást végző orvos
aláírása, pecsétje

.....
osztály-/ügyeletvezető orvos
aláírása, pecsétje