



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

INTRAVESICALIS, TRANSURETHRALIS 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:

Intravesicalis, transurethralis elektrodiagnosztika és terápia

II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:

A kezelés szükségességét indokoló fejlődési rendellenességről, a következményes tünetekről és a diagnosztika, terápia menetéről részletes tájékoztató füzet áll rendelkezésre, melyet a szülő minden esetben megkap a kivizsgálás során. Alábbiakban az általános tájékoztató, beleegyző nyomtatvány kereteihez illeszkedően a kiadvány ide vonatkozó legfontosabb információkat tartalmazó, rövid kivonatát olvashatják.

Beavatkozás célja:

Leggyakrabban nyitott gerinccel (spina bifida) született újszülöttek esetében alkalmazott diagnosztikus és terápiás eljárás. Célja a húgyhólyag működésének, kapacitásának megítélése, illetve amennyiben eltérés van a normálistól, annak kezelése.

Nyitott gerinc esetén legtöbb esetben a gerincvelő valamilyen mértékű fejlődési zavara is fennáll. Emiatt a gerinc képalkotó eljárásokkal (UH, MR) történő vizsgálatán túl az adott gerincszakasz gerincvelői idegei által ellátott szervek működésének vizsgálata is szükséges. Az alsó gerincszakasz, az ott kilépő idegszálak érintettsége esetén az alsó végtag, a végbél és a húgyhólyag működésének ellátásában lehet zavar. Az utóbbi beidegzésének, működésének vizsgálatát és sz.e. kezelését célozza az intravesicalis (húgyhólyagon belüli) transurethralis (húgycsőön keresztül végzett) elektrodiagnosztika és terápia. Információ nyerhető a húgyhólyagnyak zárási képességéről, a hólyagfal rugalmasságáról, összehúzódnási és tágulási képességéről. Neuro-urodynamias vizsgálatnak nevezzük a komplex diagnosztikus eljárást, amely során a hólyag/záróizom ingerlés és nyomásmérésen túl az agy felé történő információ-továbbítást is vizsgáljuk EEG segítségével.

Amennyiben szükséges a terápia, a célkitűzés a vizelet elcsepegés valamint pangás csökkentése, megszüntetése, a hólyagizomzat működésének erősítése vagy csökkent kapacitás esetén a hólyag elernyedés révén a kapacitás növelése, a hólyagnyak záróizom és a hólyagizomzat közti működés összehangolása, a sugárban vizelés és a tudatos ürítés lehetőségének kialakítása.

A kezelés alkalmanként 1,5 óra, a megfelelő eredmény eléréséhez rendszeres (heti 5 alkalom) alkalmazása az optimális.

Beavatkozás menete:

A diagnosztikus eljárásban és kezelésben jártas asszisztens előkészíti a beavatkozáshoz szükséges eszközöket, majd gumikesztyűben bevezeti a páciens húgycsővébe a megfelelő vastagságú, puha hólyag katétert, amely egyben a húgyhólyag elektromos ingerlésére alkalmas elektróda is (aktív



elektróda). Amikor a katéter vége már biztosan a húgyhólyagban van (általában a vizelet megjelenése a katéter másik végénél jelzi), akkor a katéteren keresztül steril folyadékkal (sárgás színű, fertőtlenítő oldatot tartalmazó sóoldat) 1/2-3/4-ig feltölti a húgyhólyagot. Az ingeráram sorozatok leadásához a hólyagon kívül a test egy másik pontján is el kell helyezni egy másik elektródát, amely jellemzően valamelyik végtagra rögzített, nedvesített fémlap. Ezt követően kezdődik a húgyhólyag ingerlése kis energiájú, exponenciálisan emelkedő szelektív ingeráram sorozatokkal. A diagnosztika során emelkedő ingeráramokat alkalmazva megállapítjuk az optimális működéshez szükséges intenzitást és egyéb beállítási paramétereket, melyeket a későbbiekben a kezelés során alkalmazunk, illetve a kezelés eredménye függvényében időről időre módosítunk.

III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:

A hólyag záróizmának és falának működését szeretnénk helyreállítani. A siker a fejlődési rendellenesség súlyosságától, a nyitott gerincet záró műtét eredményétől és a terápia rendszerességétől is függ. Cél a normál, később tudatosan kontrollált vizelettartás és ürítés valamint a megfelelő hólyag kapacitás kialakítása.

IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:

Bizonyos esetekben, szokatlan anatómiájú húgyutak esetén a katéter felvezetése nehezebb lehet, az átlagos több időbe telhet, és több kellemetlenséggel járhat. Gyulladt nyálkahártya vagy egyéb fokozott sérülékenységgel járó állapot esetén a puha katéter is okozhat sérülést, kis vérzést.

V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:

nincs

VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:

Amennyiben a diagnosztika és kezelés nem történik meg, a vizelet tartási (folyamatos elfolyás/csepegés azaz vizelet inkontinencia), ürítési probléma (túlfeszülő hólyag, vizelet pangás, a vizelet vesék felé történő visszaáramlása, vesekárosodás, vizelet befertőződés) tartós marad. Ez rontja a páciens egészségét és életminőségét. Mivel elektromos ingerlést alkalmazunk, a termelő hő hatására a külső elektróda alatt bőrpír, irritáció jelentkezhet

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

-

VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Műtéti vagy gyógyszeres kezelés jöhet szóba alternatívaként, de ezek eredménye többnyire elmarad az elektorterápiától várhatótól. Amennyiben egyik módszert sem választja vagy nem válik be, az intermittáló katéterezés a megoldás a hólyag rendszeres kiürítésére

IX. A beavatkozás várható kimenetele:

A diagnosztikus eljárást követően tudunk pontosabban mondani a vizeletürítési funkciók helyreállíthatóságáról. A rendszeres kezelése során látható javulás üteméből lehet következtetni a kezelés várható időtartamára, s annak végső elérhető eredményére.

X. Beavatkozást követő életmód:

Tekintettel a húgyhólyag és hólyagnyak elégtelen működésére, a vizelet befertőződésének esélye az átlagosnál nagyobb, ezért ezirányú fokozott figyelem szükséges, tünet, panasz esetén azonnali vizelet vizsgálat, sz.e. antibiotikus kezelés javasolt.

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 **egyéni esített, 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 gyógymód 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 gyógymódok 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 körütekintés 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 megőrizték.

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 gyógymódról, 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 késedelemmel 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