

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Botulinum toxinnal történő kezelés (gyermekkori agyi bénulás esetén) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, GYERMEK OSZTÁLY 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-GYO-02 Verziószám: 1
--	---

Betegadatok

Beteg neve:	#!NEV;	TAJ szám:	#!TAJ;
Anyja neve:	#!BANYJANEVE;	Születési idő:	#!SZULIDO;

Cselekvőképтелenség 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 | |

Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

Beavatkozás megnevezése:

Botulinum toxinnal történő kezelés gyermekkori agyi bénulás esetén

Az eljárás során steril 23-26-os tűvel az izmok tapadásához, eredéséhez a megfelelő mennyiségű neurotoxint fecskendezünk be. A klinikai hatás a kezelés utáni első 2 hétben jelentkezik. Ismételt kezelést az előző injekció klinikai hatásának csökkenésekor kell végezni, de nem gyakrabban, mint 3 havonta.

Gyermekkorban a központi idegrendszer sérülése következtében kialakuló súlyos spaszticitással (izmok feszsége, merevsége), ízületek dinamikus contracturájával járó bénulások esetén alkalmazzuk az eljárást.

Az A típusú Clostridium botulinum toxint abban az esetben alkalmazzuk, ha néhány izom érintettsége áll fenn és viszonylag jó az ellenizmok ereje. Ekkor lehet a legjobb funkcionális eredményt elérni.

Az izomba adható botulinum toxin kezelés lényege az ingerület átvitel gátlása az izomban, ami következtében csökken az izom feszsége. A lebénított izmokban csökken a feszség, az ellenizmok erősítésével lehetőség nyílik a funkció javítására, amíg a hatás el nem múlik. Azonban a megtanult motoros képességek a hatás elmúltával is megmaradnak. Egyetlen kezelés eredménye tartós lehet, akár 6-12 hónap.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja

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

Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Az eddig alkalmazott kezelések: fizioterápiás eljárások-gyógytorna, Dévény féle manuálterápia, masszázs, valamint szájon át adható baclofen (Baclofen, Lioresal), illetve tolperisone (Mydeton) tartalmú gyógyszer, illetve ortézisek mellett az izmok feszsége nem csökkent, így a járást, a mindennapi ápolást megnehezíti.

Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A helyi izomgyengeség a várt farmakológiai hatást reprezentálja. A gyógyszeres kezelést optimális kihasználásához szükség van a megfelelő ortézisek, nyújtó sínek használatára, gyógytorna folytatására.

A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló általában spontán szűnő panaszok:

Az injekció beadása után néhány napon belül jelentkeznek és átmeneti jellegűek, spontán szűnő panaszok.

A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:

<p>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Botulinum toxinnal történő kezelés (gyermekkori agyi bénulás esetén) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, GYERMEK OSZTÁLY 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</p>	<p>BNY-ZMK-GYO-02 Verziószám: 1</p>
---	--

Mint minden injekciónál helyi fájdalom, nyomásérzékenység és/vagy kis bevérzés előfordulhat a beadás helyén. Láz illetve enyhe náthás, influenzaszerű tünetek is felléphetnek.

Injekció beadást követő 24-48 órában az izmok erőteljes masszírozása, tornáztatása kerülendő.

A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

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 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.

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

Zalaegerszeg,

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

személy

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

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Botulinum toxinnal történő kezelés (gyermekkori agyi bénulás esetén) végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, GYERMEK OSZTÁLY 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-GYO-02 Verziószám: 1
--	---

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

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

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!