



**BUDAPESTI PÉTERFY SÁNDOR UTCAI
KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET**

✉: 1076 BUDAPEST, PÉTERFY SÁNDOR UTCA 8-20

☎: 06-1-461-4700

@: PETERFY@PETERFYKH.HU



Beleegyző nyilatkozat epidurális kanül behelyezéséhez

Alulírott.....(név).....(szül..idő)tanúsítom, hogy engem
dr.felvilágosított az alábbiakról: ...

I. Tudomásul veszem, és elfogadom, hogy a betegségem további megfelelő kezeléséhez epidurális (kemény agyburok mellé bevezetett) kanül behelyezése szükséges. Az epidurális kanülon keresztül fájdalomcsillapítás végezhető, mely a közérzet javulása mellett ol yan további következményekkel jár, melyek a gyógyulást segítik (légzés javulása, bélműködés serkentése, bizonyos feltételek mellett a szervek és a végtagok vérellátásának javulása).

2. A beavatkozást a következőképpen végzik: a terület fertőtlenítése után érzéstelenítő szert adnak. Ezt követően steril körülmények közt a műanyag katétert egy speciális szűrőtű segítségével a csigolyák tövisnyúlványai között felvezetik az epidurális térbe. A felvezetés után a katétert rögzítik, amely tartósan lehetővé teszi a gyógykezeléshez szükséges gyógyszeradagolást.

3. Az epidurális kanül behelyezést követően ritkán előfordulhatnak szövődmények, pl.:

- Az agyburok sérülése, aminek következtében agyvíz csorgás, és emiatt kialakuló átmeneti, néha tartós fejfájás lehet.
- - Vérzéses szövődmény, amely miatt idegrendszeri károsodás (legsúlyosabb esetben , igen ritkán bénulás is) előfordulhat.
- Fertőzőses szövődmény, ami lázas állapottal, és átmeneti idegrendszeri tünetekkel jár. - Helyi fájdalom.

Amennyiben az epidurális kanül behelyezését elutasítom, úgy a beavatkozás elmaradásából származó esetleges következményekért a felelősséget vállalom.

Kérdéseimre részletes, érthető, kielégítő választ kaptam, a tájékozott beleegyezéshez kellő idő állt rendelkezésemre.

Szóbeli felvilágosítás és a fentiek figyelembevételével az epidurális kanül behelyezésbe:

Beleegyzem *

Nem egyezem bele*

Kelt: Budapest, 20.....

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

(rokonsági fok:)

.....
orvos aláírása

Tanúk:

1. Név: 2.

Név:

Cím:

Cím: