

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

### Izületi csapolás elvégzéséhez

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy mielőbbi gyógyulása érdekében **izületi csapolás** beavatkozás válik szükségessé. A Keszthely Városi Kórház reumatológiai Szakrendelésének orvosa, Dr. Matán Ágnes a beavatkozásról szeretne tájékoztatást adni, hogy-mindent mérlegelve- Ön döntsön és beleegyző nyilatkozatát adja a beavatkozáshoz.

#### **Mit jelent az izületi csapolás?**

A meghatározott ízület üregében felszaporodott kóros folyadékgyülem – előzetes érzéstelenítés után – inj. tűvel történő lecsapolása.

#### **Miért van szükség a beavatkozásra?**

A kóros mértékben felszaporodott izületi folyadékgyülem minden esetben gyulladás következménye, ill. sérüléssel eredetű is lehet, mely „önmagától” felszívódni csak ritkán képes. Tartós fennállása esetén az izületi porc jelentős károsodását, esetleges másodlagos fertőző izületi gyulladást okozhat, mely előző maradandó egészségkárosodást okozhat, utóbbi halálos kimenetellel végződhet.

Izületi csapolást követően általában az ízület üregébe gyógyító célzattal gyógyszer is juttatunk.

#### **Mi történik a vizsgálat előtt?**

Különleges előkészítést és előkészületet a betegtől nem igényel, a beavatkozást végző személyzet tájékoztatóját kérjük betartani és a tevékenység során együttműködni.

#### **Hogyan történik a beavatkozás?**

A csapolás helyének függvényében az adott ízület anatómiai helyzetének megfelelően történik a beteg elhelyezése a vizsgáló asztalon, majd megfelelő bőrfertőtlenítést követően az orvos steril injekciós tű segítségével-szükség szerint előzetes helyi érzéstelenítést követően - az ízület üregébe hatol.

Tájékoztatjuk arról, hogy a tűszúrás általában kellemetlen érzést okoz, kérjük erre felkészülni és az érintett testrészt ennek ellenére nyugalomba tartani és ellazítani. Átmeneti panaszfokozódás az esetlegesen beadott gyógyszer természetétől függően előfordulhat.

#### **Mi a teendő a beavatkozás után ?**

A beavatkozást követően nagyon fontos és nyomatékosan kérjük, hogy az érintett ízületet 48 órára tehermentesítse (szükség szerint akár ágynyugalomban is), bárminemű sérüléstől óvja.

#### **Mi a beavatkozás esetleges szövődménye?**

Nagyon ritka esetben előfordulhat, főleg cukorbetegknél, alkoholistáknál, vérképzőszervi betegségben szenvedőknél, véralvadást gátló szedő betegek esetében, ill. az utasítást be nem tartóknál utólagos izületi vérömleny, fertőző izületi gyulladás.

#### **Milyen következménye lehet, ha elmarad a beavatkozás?**

Fokozódik a gyulladás, az izületi tok feszülése révén tűrhetetlen fájdalom alakul ki, súlyos

mozgáskorlátozottsággal, maradandó egészségkárosodással, az ízület elfertőződésével.

### Milyen alternatív megoldás lehetséges?

Kismérvű ízületi folyadékgyülem esetén gyulladáscsökkentő pakolás alkalmazása, mely azonban elhúzódó gyógyulást eredményez és esetenként maradandó egészségkárosodáshoz vezet.

#### A fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszaim:

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

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, valamennyi kérdésemre választ kaptam. **A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.**

Keszthely, .....

#### Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....

Kezelőorvos

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési helye ideje:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazta – ellenére a beavatkozás elvégzéséhez **nem járulok hozzá, az ellátást visszautasítom.**

Keszthely, .....

#### Tájékoztatót végző orvos: (olvasható aláírás)

.....

Kezelőorvos

.....

beteg olvasható aláírása

.....

vagy a törvényes képviselő aláírása (1)

Beteg neve:

Törv. képv. neve:

Születési helye ideje:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Lakcíme:

(1) cselekvőképesség, vagy korlátozott cselekvőképesség esetén a beteg helyett CSAK a törvényes képviselő írhatja alá!

.....

(1) Tanu aláírása

.....

(2) Tanu aláírása

(1) Tanu neve: .....

(2) Tanu neve: .....

Lakcíme: .....

Lakcíme: .....

(A nyilatkozatot a MedWorkS rendszerben rögzítette:.....)