





**Intézeti Protokoll**  
**Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozatok alkalmazá-**  
**sa**  
**28.sz. melléklet**

Oldal: 2/2

Kiadás száma: 1

A gerincközeli érzéstelenítés során (spinalis, epiduralis) ülő vagy fekvő helyzetben történik a megfelelő érzéstelenítési pont felkeresésére, és az érzéstelenítő beadása az érőidegek közé vagy köré. Amennyiben szükséges, egy vékony, hajlékony műanyag-csővet helyezünk be, tartós fájdalomcsillapítás céljából. Ez a két módszer /spinal/epidural/ az alsó testfél műtéteinél alkalmazható. A helyi érzéstelenítő hatástartama átlagosan 2-6 óra időtartamú. A helyi érzéstelenítő beadását követően Ön az alsó testfélben zsibbadást érezhet, és előfordulhat, hogy lábait csak gyengén vagy egyáltalán nem tudja mozgatni átmenetileg.

**Az érzéstelenítés veszélyei:**

Mindkét módszernek vannak előnyei és hátrányai. Mi az Ön egészségi állapota és a műtéti beavatkozás alapján az Önnek legmegfelelőbb érzéstelenítési eljárást fogjuk ajánlani.

Sajnos azonban minden beavatkozásnak előfordulhatnak nem várt mellékhatásai, szövődményei, melyek különböző gyakoriságú és súlyosságúak .

**Regionális, helyi érzéstelenítés mellékhatásai, szövődményei:**

- gyakori:** vérnyomásesés, ájulás-érzés  
fejfájás, mely a szokásostól eltérő, igen erős  
átmeneti vizelési zavar
- ritka:** gyógyszerallergia  
derékfájás  
nehézlégzés  
kettős látás, átmeneti tekintésbénulás  
hallásromlás /többnyire átmeneti/  
központi idegrendszeri görcsök
- nagyon ritka:** az érzéstelenítés magasra terjedése, totális spinális blokk,  
agyburok körüli beverzés  
gennyes agyhártyagyulladás  
alsó testfél átmeneti vagy tartós bénulása  
szívmegállás, halálozás

**Tartós epidurális kanül esetén: epidurális tályog**

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás szakszerű végrehajtása esetén is előfordulhatnak előre nem látható, az előzőekben nem említett szövődmények.

Beleegyezem a kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján az érzéstelenítéshez /és-vagy/ altatáshoz szükséges előre tervezett, vagy váratlanul szükségessé váló beavatkozások elvégzésébe, melyek egészségem megtartását, visszaszerzését célozzák. Egyet értek az orvosilag indokolt változtatásokkal, és az érzéstelenítés szükség szerinti kiterjesztésével.

**A kapott írásbeli és szóbeli tájékoztatást elegendőnek találtam, a feltejt kérdéseimre kielégítő választ kaptam, megértettem, s a beleegyező nyilatkozattal kapcsolatban további kérdésem nincs.**

\_\_\_\_\_  
dátum

\_\_\_\_\_  
beteg

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott érzéstelenítési eljárás elutasításához.

\*Kellő tájékoztatás ellenére elutasítom a részemre optimálisnak ítélt érzéstelenítési eljárást.

Tisztában vagyok vele, hogy a nagyobb kockázatú eljárást választom, s az ennek kapcsán létrejövő egészségkárosodásáért orvosaimat a felelősség alól felmentem. \*

\_\_\_\_\_  
dátum

\_\_\_\_\_  
beteg

\_\_\_\_\_  
felvilágosító orvos

**A beteg megjegyzése, kérdése:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_