

Intézmény neve, címe, érzéstelenítést végző osztály neve, osztályvezető neve

MŰTÉT UTÁNI EPIDURALIS FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Tisztelt Betegünk!

Ön egy nagy műtét előtt áll, amely után pár napig erős fájdalmat érezhet. Mi ezért a fájdalomcsillapítás céljából még a műtét előtt, helyi érzéstelenítés után egy vékony műanyag csövet vezetünk be a gerinccsatorna bizonyos csontos rétegébe. A műanyag cső szabad végén át folyamatosan vagy szakaszosan adagolt erős hatású fájdalomcsillapítóval a műtét utáni napokban elviselhető mértékűvé csökkenthető mind a mellkasban, mind a hasban jelentkező fájdalom. A leggyakoribb szövödmények is csekély mértékűek és könnyen kezelhetőek (szúrás helyén fájdalom, duzzanat, véralfutás, esetleg gyulladás).

A műtétemhez szükséges, fent ismertetett fájdalomcsillapítási módszerbe beleegyezem.

Dátum: _____ év _____ hónap _____ nap

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

a kérdőívet kitöltő beteg,
illetve törvényes képviselője
vagy a nyilatkozattételre jogosult
cselekvőképés személy aláírása

