Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

Jónéhány mozgásszervi betegség egy vagy több izület gyulladásával, izületi folyadékgyülem keletkezésével jár. Ilyen esetekben szükség lehet az izületben lévő folyadék leszívására, esetleg injekció adására az izület üregébe.

A beavatkozás részben a kórisme megállapítását, részben a gyógykezelést szolgálja. Bizonyos betegségek az izületi folyadék vizsgálata nélkül nem ismerhetők fel időben és ez a kezelései eredményt rontja. Nagy mennyiségű folyadékgyülem az izületi tok és szalagrendszer kitágulásához, laza, instabil izülethez vezethet. Hosszan fennálló izületi gyulladás az izületi porc pusztulását, az izület működésének maradandó károsodását eredményezheti.

Mint minden orvosi beavatkozásnak, így az izületi szurcsapolásnak illetve az izületbe adott injekciónak is lehetnek szövődményei. Még a legszakszerűbben végrehajtott esetben is előfordulhat, hogy a szurcsatornán keresztül kórokozók hatolnak az izület üregébe és ott gennyedést okoznak. Ez a súlyos szövődmény ugyancsak az izület működésének végleges károsodását okozhatja. Ezért, ha a beavatkozás után hidegrázása, láza, lüktető izületi fájdalma keletkezne, haladéktalanul forduljon kezelőorvosához!

A folyadékgyülemmel járó izületi gyulladás szájon keresztül adott gyógyszerekkel is kezelhető. Ilyenkor azonban a gyógykezelés időtartama jelentősen megnő, az eredmények lényegesen bizonytalanabbak. Sajnos az így alkalmazott gyulladásgátló szereknek is lehetnek nem kívánatos mellékhatásai. Mivel az izületi szurcsapolást követő gennyedés rendkívül ritkán előforduló szövődmény, a beteg sokkal nagyobb kockázatot vállal, ha nem egyezik bele a beavatkozásba, mert ezzel betegségének hatásos kezelését nehezíti, gyógyulási esélyét rontja.

Amennyiben megbetegedésével vagy annak gyógykezelésével kapcsolatban további kérdései vannak, forduljon bizalommal kezelőorvosához!

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....

beteg aláírása
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*

***Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

B.1.14. BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ÍZÜLETI SZURCSAPOLÁSBA ÉS ÍZÜLETEKBE ADOTT INJEKCIÓKBA

Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

A beavatkozást igénybe vevő beteg neve: .....
Szül. idő: ..... TAJ szám: .....
Alulírott kijelentem és aláírásommal megerősítem, hogy a ..... betegség (dg.:magyarul) miatt szükségessé vált ízületi szurcsapolásba, illetve ízületbe adott injekcióba beleegyezek, illetve engedélyezem, hogy a beavatkozást cselekvőképtelen hozzátartozómon elvégezzék.
Kezelőorvosom Dr. ..... a beavatkozás szükségességéről, kivitelezéséről, és esetleges szövődményeiről és következményeiről írásban és szóban részletesen tájékoztatott. Kérdéseimre kielégítő választ kaptam.
Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.14.** számú **Betegtájékoztatás az izületek szurcsapolásáról és ízültetekbe adott injekciókról** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak *(a nem kívánt részt húzza át).***
A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: .....
.....
..... ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***
A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a beavatkozás elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű eljárás esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Elismerem, hogy beleegyezésem kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

……	……
Tájékoztatást végző orvos aláírása	Beteg aláírása vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*

***Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
.....
.....
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.

Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……	Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
……	……
Aláírás: ……	Aláírás: ……