

Beteg neve: @@paciens_neve Születési neve: @@születési_neve
Anyja neve: @@anyja_neve
Született: @@pac_szul_hely @@szüldátum
Lakcím: @@áll_irányítószám @@áll_település @@áll_utca_házzszám
TAJ száma: @@taj_maskszam

**EPIDURÁLIS SZÜLÉSI FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYEZÉSI
NYILATKOZAT**

Tisztelt Betegünk!

Az epidurális fájdalomcsillapítást altató orvos végzi az Ön/ a szülőnő kérésére – abban az esetben ha annak semmilyen ellenjavallata nem áll fenn.

Akkor indokolt a beavatkozás, ha erős, csillapításra szoruló fájdalmat érez a szülés során és annak előmenetele arra utal, hogy elhúzódó vajúdásra lehet számítani. A beavatkozás előtt az alkar vénájába infúziót kötünk be. Ezután ülő, vagy oldalt fekvő helyzetben a deréktáj bőrének fertőtlenítését és érzéstelenítését követően egy vékony műanyag csövet vezetünk be az epidurális térbe (gerinc melletti térbe). Ezen keresztül kis adagokban vagy folyamatosan helyi érzéstelenítő szert adunk, olyan mennyiségben, hogy a fájdalmat enyhítse, de izomgyengeséget ne okozzon. Ez a fájdalomcsillapítás a vajúdás egész ideje alatt fenntartható. Helyes gyógyszeradagolás mellett a fájdalomcsillapítás Önt mozgásában nem gátolja.

Ez a módszer a szülés tágulási szakaszát nem befolyásolja, legfeljebb azt meggyorsíthatja, a kitolási szakaszt valamelyest megnyújthatja. A csövön át beadott szer a vérkeringésbe számottevően nem jut el, így a magzatra gyakorolt hatása elenyésző.

Előnye, hogy ha a vajúdás valamilyen okból császármetszésbe torkollik, az epidurális fájdalomcsillapítás műtéti érzéstelenítéssel alakítható a helyi érzéstelenítő dózisának emelésével, így a műtéthez nem szükséges az általános altatás.

Leggyakrabban előforduló szövődmény a gerincburok véletlen megsértése (<1%), de az az esetlegesen jelentkező, néhány nap alatt megszűnő fejfájáson kívül egyéb – tartós – egészségkárosodást nem okoz.

A javallatok és ellenjavallatok betartása mellett semmilyen súlyos idegrendszeri vagy más szövődményre nem kell számítani.

A szülési epidurális fájdalomcsillapításról szóló betegtájékoztatót megismertem, az azzal kapcsolatos kérdéseimre választ kaptam, annak elvégzésébe beleegyezem.

Dátum: Salgótarján, @@sys_dátum_hosszú

a tájékoztatást végző aneszteziológus
orvos aláírása

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