

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

EPIDURALIS SZÜLÉSI FÁJDALOMCSILLAPÍTÁSRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁSI, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT

Tisztelt Betegünk!

Az epiduralis fájdalomcsillapítást altatóorvos 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 epiduralis 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 epiduralis fájdalomcsillapítás műtéti érzéstelenítéssé alakítható a helyi érzéstelenítő dózisének emelésével, így a műtéthez nem szükséges az általános altatás.

Leggyakrabban előforduló szövődmény a gerincburok véletlen megsértése (<1%), de 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 epiduralis fájdalomcsillapításról szóló betegtájékoztatót megismertem, az azzal kapcsolatos kérdéseimre választ kaptam, annak elvégzésébe beleegyezem.

Dátum: _____ év _____ hónap _____ nap

a felvilágosítást végző
aneszteziológus orvos aláírása

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