



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Térd körüli korrekciós osteotomiák műtét

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatályba lépés:

2017-01-09

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely címe:

**OSZTALY NEVE:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

**Beteg neve:**

**Születési név:**

**Születési hely, idő:**

**Lakcím:**

**TAJ szám:**

**Anyja neve:**

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában

bf) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?	Igen / nem <sup>1</sup>
<b>Ha igen:</b>	
Támogató neve:	.....
Címe:	.....
Telefonszáma:	.....

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul):

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázata:**

**Az eljárás célja:** A térdízület rossz tengelyállásából adódó egyenetlen terhelés, a következményes korai porckopás és ízületi deformitás, illetve a szalagok túlterhelés okozta megnyúlásának megelőzése, az ízület korai degenerációjának késleltetése. A már fellépett fájdalmak csökkentése.

<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzandó.

**Az eljárás esetleges veszélyei:** A műtét során fennáll erek, idegek megsérülésének veszélye, mely megfelelő műtéti technikával megelőzhető. A műtét utáni utóvérzés, vérömleny, sebgyógyulás, vagy a rögzítő fémanyagok kiszakadása (idő előtti terhelés, baleset miatt) újabb műtéti feltárást tehet indokoltá. Vérrögképződés (thrombosis) vagy/és tüdőembólia konzervatív kezelést igényelnek.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- személyre szabott kockázatok:

**6./ Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei/következményei:** A fennmaradó deformitás a térdízület korai kopásához, fokozódó torzulásához vezet, melynek a korrekciója egyre nehezebbé és kockázatosabbá válik. A később esetleg szükségessé váló protézis beültetés feltételei romlanak főleg a megnyúló szalagok miatt. A beteg a fokozódó fájdalom és a járás nehezítettsége miatt elveszti fizikai aktivitását, és esendővé válik a keringési betegségekre.

**7./ Más kezelési lehetőségek:** A fájdalmak csillapítása gyógyszerekkel, helyileg kenőcsökkel, fizio-balneoterápia, a kialakult arthrosisban terápiás röntgen besugárzás. A már kialakult instabilitás csökkentése támasztó készülékekkel, nagyfokú deformitás esetén térdprotézis beültetés, vagy az ízület elmerovítése.

**8./ Az eljárás technikája:** Ha a deformitás főleg a combcsonton található, a tengelyeltérés irányától függően a combcsont térd feletti szakaszából kifelé, vagy befelé néző bázisú éket veszünk ki, ezen az oldalon ejtett metszésből. A törvégeket rendszerint stabil belső rögzítést biztosító fémlemezzel és csavarokkal egyesítjük. A műtét helyéről az utóvérzést szívódrainnal távolítjuk el. A műtét vezetékes ágyéki érzéstelenítésben történik. A műtét utáni napon a tornát ágyban megkezdjük, és 2-3 nap múlva a beteg felkelhet, segédeszközzel tehermentesítve operált végtagját. A műtétől három hónapig a tehermentesítés szükséges, a zavartalan csontgyógyulás érdekében. Az thrombosis megelőzés (profilaxis) céljából alkalmazott heparin készítmény injekcióra a műtétől kb. 35 napig van szükség. A varratok eltávolítására kb. a 10. napon kerül sor, és a beteg segédeszközzel járóképesen távozhat. A beteg otthonában gyógytornász segítségére lehet szükség a házi betegápolás keretében. A műtétől három hónapra kontroll vizsgálat következik, rtg. felvétellel. Amennyiben ez kedvező csontgyógyulást mutat, a járókeret/könyökmankó elhagyható. Amennyiben a görbület a lábszárcsont deformitásának rovására írható, akkor rendszerint ezen végezzük a korrekciót. Az eljárás hasonlóan történik a fent leírtakhoz, itt is törekszünk a műtét utáni ízületi mozgathatóság megőrzésére. Ennek ellenére előfordulhat, hogy egyes esetekben gipszrögzítés is szükségessé válik. A csontgyógyulás bekövetkezése után a rögzítőanyagok elvesztik funkciójukat, ezért ezek eltávolítását ajánljuk, mely a korábbinál kisebb műtéti beavatkozás.

**9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézzel írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....  
kezelőorvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

## Beavatkozás visszautasítása

**A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele.** (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....  
.....

### **Figyelmeztetés!**

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

## Tájékoztatásról való lemondás

**Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák: .....**

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....  
.....

**Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!**

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház  
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**