

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Combnyaktörés kezelése endoprotézis beültetéssel</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-58.</b> <b>Verziószám: 1</b>
---	--

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b> #!NEV;	<b>TAJ szám:</b> #!TAJ;
<b>Anyja neve:</b> #!BANYJANEVE;	<b>Születési idő:</b> #!SZULIDO;

**Cselekvőképтелenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):**

Rokonsági foka :

- |   |  |
|---|--|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában<br>b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes<br>ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában<br>bb) gyermeke, ennek hiányában<br>bc) szülője, ennek hiányában<br>bd) testvére, ennek hiányában<br>be) unokája | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes<br>ca) gyermeke, ennek hiányában<br>cb) szülője, ennek hiányában<br>cc) testvére, ennek hiányában<br>cd) nagyszülője, ennek hiányában<br>ce) unokája |
|---|--|

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

Combnyak törése

**2. Beavatkozás megnevezése:**

Hemi~/Total csípőízületi endoprotézis implantáció

Ön/hozzátartozója a combnyak törések olyan típusát szenvedte el, melynek műtéti kezelése során protézis beültetése szükséges. A sérült állapotától függően ez lehet csak a combfejet pótló, Hemi protézis, vagy teljes ízületi felszint pótló Total endoprotézis beültetése. A műtétet erre alkalmas asztalon altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

**3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**

Az eljárás legnagyobb előnye, hogy a beteg korán mobilizálható, így olyan súlyos szövődmények megelőzhetők, mint a tüdőgyulladás, trombózis, tüdőembólia, felfekvés.

Ha a műtét elmarad, akkor a csípőfájdalom tovább fokozódik, a végtag megrövidül, deformált állásban rögzül, mozgáskorlátozottság, esetleg teljes járásképtelenség marad vissza.

**4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Régebben alkalmazták a combnyaktáji törések kezelésére a tartós húzást, vagy a gipsz-rögzítést, de a korábban említett szövődmények miatt csak kivételes esetekben végezzük ezeket az eljárásokat. (Ha a beteg rossz általános állapota miatt nem operálható.)

**5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

Műtét közben előfordulhat a kismedencei szervek sérülése, combcsonttörés, ér- és idegsérülés. Ezek a sérülések a helyszínen elláthatók. A műtét utáni napokban ritkán felléphet vérrögösödés, vérrög beékelődése a tüdőérbe (tüdőembolia), visszérgyulladás. Ezeket a szövődményeket vérhígító gyógyszerek adásával próbáljuk megelőzni. Sebgyógyulás is előfordulhat, a megelőzésére antibiotikumokat adunk a műtét napjától. Szövődmény lehet a műtét utáni meszesedés, a protézis kilazulása, protézisficam, a protézis törése. Ritkán végtaghossz különbség maradhat vissza.

A műtét során ritkán, sajnálatos módon a leggyorsabb eljárás alkalmazása mellett is előfordulhatnak égések a bőrfelületen az elektródák által lefedett területen, melyek a használt orvostechnikai eszközök működése közbeni váratlan esemény miatt vagy az alkalmazott kémiai anyagok, izolálás, ragasztóanyagok, kötszer által okozott irritációból erednek.

**6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:**

**7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

A nagytojásos felett ejtett metszésből feltárjuk a csípőizületet. A sérült csontrészek eltávolítása után szövetbarát fém és műanyag részekből álló műizületet építünk be a medencecsontba és a combcsontba, Hemi protézis esetén csak a combcsontba. Az utóvérzést elvezető szívócsöveket helyezünk a csípőizületbe, melyeket néhány nap múlva eltávolítunk. Műtét után a beteg hamar mobilizálható, a fájdalmai megszűnnek.

**8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

**A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.**

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, ezt saját kézírással 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 miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

**1. 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.**

Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)
--------------------------------	--------------------------------

**2. 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 vagy korlátozottan cselekvőképes beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be.  
Zalaegerszeg, .....

..... tájékoztatót adó orvos	..... beteg vagy törvényes képviselő
---------------------------------	---

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**Combnyaktörés kezelése endoprotézis beültetéssel**  
ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;  
8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500

**BNY-ZMK-TRM-58.**  
**Verziószám: 1**

neve aláírása, pecsétje ..... vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult személy

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

**3. 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!*

.....  
.....

Zalaegerszeg, .....

.....  
tájékoztatást adó orvos  
neve aláírása, pecsétje .....  
személy

.....  
beteg vagy törvényes képviselő  
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....  
1. tanú (név, lakcím)

.....  
2. tanú (név, lakcím)

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