

## NYILATKOZAT MÚTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

### Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: Implantátum (beültetett mű- vagy fémanyag) eltávolítása

Alulírott **#!NEV;** Szül.idő: **#!SZULIDO;**

TAJ: **#!TAL TAGOLT;** az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem **#!KEZORV;** az alábbiakról világosított fel.
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **műtétet, beavatkozást** elvégezzék:  
Gyógyult törésből való fémanyag eltávolítása vagy a kimozdult, illetve egyéb gondot okozó beültetett fém/műanyag implantátum eltávolítása

A műtéti terület és oldaliság megnevezése:

**JOB / BAL oldali\***.....

#### **Az eljárás célja és technikája:**

Fémanyag, illetve egyéb implantátum eltávolítása: A műtétet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben, vértelenítő mandzsetta felhelyezésével vagy anélkül végezzük. A rögzítő anyagok felett a régi műtéti hegben metszésből az implantátum anyagokat felkeressük és eltávolítjuk. Számos alkalommal vastag hegszövet- illetve csont eltávolítása is szükséges lehet. Előfordulhat, hogy az eszközt (implantátumot) egészben, vagy csak részben tudjuk eltávolítani, melyet a beavatkozás kiterjesztésének kockázatának mérlegelésével döntjük el.

#### **A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:**

**A beavatkozás/műtét előnyei:** Az eredeti műtéti metszés felhasználásával a feleslegessé vált vagy gondot okozó eszközt (műanyag vagy fém implantátumot) eltávolítjuk, ezáltal a tünetek javulása várható.

**A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:** A fémanyag alatt a csontállomány felritkulása, illetve a fémanyag és a környező lágyrészek között szöveti reakció alakulhat ki. Más esetekben az implantátum okozta szöveti irritáció, illetve fertőzés indokolhatja az eltávolítást, mely tünetek a beavatkozás elmaradásával továbbra is fennállnak.

#### **Az eljárás esetleges veszélyei:**

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat.

Műtéttel kapcsolatban az alábbi szövődmények előfordulása lehetséges:

- Ér-, ideg- és ínsérülések, melyek jelentős része azonban még a műtét alatt észrevehető és helyrehozható.
- Az eltávolításkor kialakulhat lágyrészhíány, csonttörés, illetve a beültetett implantátum törése, vagy az eltávolításának meghúszulása,
- A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebváladékozás, sebkörnyéki vérömleny, felületes és mély lágyrészfertőzések. Ez seb-, csontgyógyulási zavarhoz vezethet, amely további műtéteket indokolhat. Fertőzések akár a végtagot, akár az életet veszélyeztető állapothoz is vezethetnek.
- Szövődmények esetén akár ismételt műtét is szükséges lehet. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható. A műtét során a sebész az implantátum eltávolításának kockázatát és előnyeit mérlegelve dönthet a műtét kiterjesztésének szükségességéről, illetve, ha az eltávolítás nagyobb kockázatú, mint a tőle várható előny, akár a műtét felfüggesztéséről is.
- Maradványtünetek, úgymint fájdalom, végtagduzzanat, ízületi mozgáskorlátozottság, a végtag funkciójának károsodása, illetve annak visszanyerésének elmaradása, tartós maradhatnak. Súlyos esetben idült fájdalomszindróma is felléphet.
- Vérrögösödés is előfordulhat a végtagi visszerekben (úgynevezett mélyvénás trombózis), melynek következménye lehet a tüdőerek eltömeszelődése is (tüdőembólia).
- Szövődmények kialakulásának okozói lehetnek korábban fennálló egyéb kísérőbetegségek is (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség stb.).
- Műtét után természetesen tájékoztatni fogjuk Önt a valós műtéti helyzetről és az elvégzett beavatkozásról. A végtagfunkció közel teljes mértékű visszanyerése az esetek nagy részében sikeres, de ennek mértéke széles tartományban van és az egyéntől is függ.

- A műtéttel összefüggő szövődmények túl vannak olyan komplikációk, melyek nem közvetlen műtéti beavatkozás következményei, hanem hosszas kórházi kezelés és a mozgásképeség elvesztésének velejárói, pl. tüdőgyulladás, felfekvés. Ezek, illetve a fentiek kombinációja akár életet veszélyeztető állapotig romolhat.
3. Kijelentem, hogy a műtét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól megfelelő tájékoztatást kaptam. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
  4. A műtéti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a műtét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek** (pl. a tervezett műtéttől való eltérés).
  5. Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, mikrobiológiai és/vagy patológiai (kórszövettani) vizsgálatra kerülnek, továbbá *beleegyezem / nem egyezem \* bele* azok esetleges további felhasználásába.
  6. *Beleegyezem / nem egyezem bele \**, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
  7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
  8. Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátás érdekében** műtétemet vagy rajtam végzendő beavatkozást a vezető főorvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény előírásainak figyelembevételével.
  9. A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

**\* A nem kívánt rész törlendő**

Dátum: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő vagy  
döntésekben kompetens/  
meghatalmazott hozzátartozó aláírása