

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYZÉS R L Térdízületi arthroszkópia m téte és betegtájékoztató

Alulírott #INEV;, #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel.
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék:

Az eljárás célja:

A térdízületi sérülések és degeneratív elváltozások fedett eljárással diagnosztizálása és ezzel együlésben a talált eltérések m téti ellátása.

Az eljárás technikája:

A térdízület küls részén a térdkalács mellett vezetett kb. 0,5 cm-es metszésb l történik a merev cs tükör bevezetése, melynek segítségével lehet ségünk van az ízületen belüli viszonyok pontos feltérképezésére. A m tét során a porc-sérülések (meniscus), a terhel felszíni porcbetegségek és az ízületi nyálkahártya eltérései, lehet ség szerint, ellátásra kerülnek. Ilyenkor további kis metszések is szükségesek.

M téti típusok: a meniscusok eltávolítása, a meniscusok varrása, a porcfelszín felújítása (mikrofraktúra), a porcfelszín pótlása kis kiterjedés megbetegedés esetén (mozaikplasztika), az ízületi tok bemetszése, a kóros nyálkahártya eltávolítása. Az arthroszkópiát leggyakrabban gerincérvéstelenítésben, ritkábban altatásban végezzük, valamint ha avégtag keringése megengedi vértelenségben, amelyet a combt nél helyezünk fel. A m tét során szívócs kerül az ízületbe, melyet másnap távolítunk el. Porcfelszíni megbetegedés ellátása után tehermentesítésre, ezért segédeszközre lehet szükség. A m tét utáni napon betegeinket a gyógytorna betanítása után a délutáni órákban otthonukba engedjük. Problémamentes esetben a m tét után 1 héttel varratot szedünk. Otthon a megtanult torna további rendszeres végzése szükséges. A mai házi betegápolási rendszerben lehet ség nyílik otthoni gyógytornász igénybevételére. A betegek egy részénél a m tét után meghatározott ideig thrombosis profilaxis alkalmazandó, amelyet a beteg saját maga is be tud adni.

Az eljárás esetleges veszélyei:

A m tét utáni id szakban térdízületi duzzanat, ritkán, de felléphet vérrögösödés (thrombosis), vérrög beékel dése a tüd érbe (tüd embólia) és sebfert zés illetve ízületi gennyedés. Véromlenny (haematoma), alakulhat ki. Ezen esetek egy részében még a bentfekvés alatt ismételt arthroszkópiára vagy m téti feltárássra lehet szükség.

3. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. A m téti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek** (pl. a tervezett m tétt l való eltérés).
5. Tudomásul veszem, hogy a m tét, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
6. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé.
7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felel s 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 szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást a vezet f orvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény el írásainak figyelembevételével.
9. A kapott tájékoztatást elegend nek 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 semminem igényt nem támasztok.

Dátum: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő vagy

meghatalmazott hozzátartozó aláírása