

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉSR L
Térdízületi endoprotézis beültetés m téte, betegtájékoztató

Alulírott #!NEV;, #!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 kopás (arthrosis genus) okozta fájdalmas és mozgásában korlátozott térdízületben a protézis beültetése után a fájdalom csökkentése és a beteg járóképességének javítása.

Az eljárás technikája:

Amennyiben a térdízületnek csak az egyik fele érintett ún. féloldali (unicondylaris), ha mindkét fele akkor ún. teljes protézis beültetést végzünk, ebben az esetben a térdkalács ízfelszíne is pótlásra kerül. A csonteltávolítás mértékének, illetve a protézis komponensek méretválasztásával a térdízület tengelye és a szalagrendszer megfelelő feszessége visszaállítható. A beteg a m tét után néhány nappal már gyógytornász segítségével felkelhet, segédeszköz alkalmazásával járhat. Térdmozgató gép alkalmazására is sor kerülhet. Problémamentes esetben általában 5-7 nappal a m tét után kerül sor a hazaengedésre, a varratszedés a 9-10. napon történik. A protézis beültetést leggyakrabban gerincérzéstelenítésben, ritkábban altatásban végezzük, valamint ha a végtag keringése megengedi vértelenségben, amelyet a combt nél helyezünk fel. Antibiotikus és thrombosis elleni profilaxist alkalmazunk a két leggyakoribb szöv dmény (lásd 3. pontban) elkerülésére. A m tét során illetve az azt követ napokban vér adására van, illetve lehet szükség. Otthon a megtanult torna további rendszeres végzése, segédeszközzel való részleges tehermentesítés szükséges az els kontrollig, amely 6 héttel a m tét után következik járóbetegként. A m tét után 42 napig thrombosis profilaxis alkalmazandó, amelyet a beteg saját maga is be tud adni.

Az eljárás esetleges veszélyei:

Ritkán felléphet vérrögösödés (thrombosis), vérrög beékel dése a tüd érbe (tüd embólia), vérömleny (haematoma) és sebgyógyulási zavar, valamint sebfert zés alakulhat ki. Ezen esetek egy részében még a bennfekvés alatt ismételt m tégi feltárára lehet szükség. Néha el fordulhat comb- vagy lábszárcsonttörés, ér- és idegkárosodás. Kés bbiekben a protézis steril vagy fert zeses kilazulása következhet be. El bbinél egy, utóbbinál két ülésben lehet a protézis cseréjét elvégezni. Bizonyos esetekben a protézis eltávolítására kényszerülünk. Ilyenkor a térdízület elmerovítése történik, amely fájdalomtalan, terhelhet , de nem mozgó ízületet eredményez. A protézis törése is bekövetkezhet. Ezen esetek is ismételt m tégi beavatkozást igényelnek. A szöv dmények általában eredményesen kezelhet k.

Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei:

A térdfájdalom további fokozódása, mozgáskorlátozottság súlyosbodása, életmin ség további romlása. Ha a kés bbiekben mégis protézis beültetésre kerülne sor a szöv dmények kialakulásának esélye növekedhet, illetve a m tét eredményessége csökkenhet.

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 módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek** (pl. a tervezett m tét 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 m tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felel sséget átvállalom, azokat az orvosokat, akikt l a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felel sség alól felmentem. Ebb l ered en velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Dátum: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képvisel vagy

meghatalmazott hozzátartozó aláírása