

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Csont-, ízületi-, szalag-, ill. ínsérülés, valamint egyéb lágyrész sérülések műtéti ellátása	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28
---	---	--

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
Tagkórház megnevezése:
Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE: NEAK KÓD:
Osztályvezető főorvos:

Beteg neve: TAJ szám:
Születési név: Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakcím:

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	☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a
☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes	beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában	☐ ca) gyermeke, ennek hiányában
☐ bb) gyermeke, ennek hiányában	☐ cb) szülője, ennek hiányában
☐ bc) szülője, ennek hiányában	☐ cc) testvére, ennek hiányában
☐ bd) testvére, ennek hiányában	☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában
☐ be) nagyszülője, ennek hiányában	☐ cc) unokája
☐ bf) 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 ¹
Ha igen:	
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 kockázatai:

Az eljárás célja: Bizonyos sérüléstípusok (csonttörések jelentősebb elmozdulással, ízületi sérülések, szalag-, ínszakadások, kiterjedtebb lágyrész sérülések) műtéti ellátásával lehet csak biztosítani a sérülést megelőző, vagy azt megközelítő funkciót, állapotot.

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

Az eljárás esetleges veszélyei: Kialakulhat trombózis („vérrögösödés”), ez helyi végtagduzzanattal, fájdalommal jár, a vérrög elsodródása a tüdőerekbe embóliát okozhat, ennek halálos következménye is lehet. A műtéti területen kialakulhat fertőzés, emiatt szükség lehet ismételt feltárássra, ill. akár a fémrögzítő eszköz eltávolítására. Ízületi sérülések hosszabb távon korai ízületi „kopáshoz” (arthrosis) vezetnek. Törések következményei lehetnek: végtaghossz különbség, tengelyeltérések. Ízületet érintő sérülések (törés, szalagsérülés) az ízület átmeneti, vagy tartós mozgásbeszűkülését okozhatják. Megvarrt inak később ismét elszakadhatnak. A tartós ágyban fekvés tüdőgyulladás, felfekvésekhez, általános legyengüléshez vezethet, ezáltal végzetes kimenetelű lehet.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

6./ Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei: Jelentős végtaghossz különbség, jelentős tengelyeltérések, kifejezett ízületi instabilitások, izomműködések kiesése, korai „porckopás” (arthrosis). Sok esetben a műtét elmaradása a „gyógyulás” időszakában a beteg járásképtelenségéhez vezet, ez felfekvéseknek, tüdőgyulladásnak, általános legyengülésnek ad alapot, ezáltal fatális kimenetelű lehet. A műtétek mihamarabbi elvégzése ajánlott, az idő múlásával a szöveti regenerációs képesség csökken, a lehető legjobb funkció visszanyerése egyre kevésbé valószínű.

7./ Más kezelési lehetőségek: Nincs.

8./ Az eljárás technikája: Csonttörés esetén a cél a törött csontvégek megfelelő helyzetben történő egyesítése, melyet közvetlenül a törés feltárással, de fedetten is elvégezhetünk. Ezután a legjobb stabilitást adó rögzítő eszközt (lemez, csavar, velőűr szeg, stb.) behelyezzük.

Ízületbe hatoló töréseknél az íz felszín helyreállítása az elsődleges cél, a beroppant felszín alátámasztására szükség lehet saját csont átültetésére, melyet a csípőlapátból nyerünk, külön feltárással. Térdízületi sérülésnél arthroscoppal („ízületi csőtükörrel”) is áttekintjük az ízületet, esetleges ízületen belüli lágyrész sérülések ellátása céljából.

Bizonyos szalagsérüléseket műtéttel szükséges ellátni (általában ízületek oldalszalagjainak szakadása), a műtét a szalag varrattal történő helyreállítását jelenti.

Ínsérülések esetében a szakadt ín feltárása és speciális varratokkal történő egyesítése, esetleg egyéb, a szakadt területet erősítő plasztikai eljárások alkalmazása az ajánlott eljárás.

Bizonyos esetekben a vérömleny elvezetésére draint („szívócsövet”) hagyunk a műtéti területen.

Az utókezelésben, amikor lehetséges, a korai tornakezelést részesítjük előnyben, ez csak akkor nem lehetséges, ha a sérülés jellege folytán a kívánt helyzetet biztosító rögzítés nem mozgás stabil (ún. „szituáció-stabil” rögzítéseknél). Segédeszköz használata szükséges lehet, a sérülés jellegétől függő ideig.

A műtétet megelőzően kezdve, majd a szükséges ideig folytatva trombózis („vérrögösödés”) elleni megelőzésként heparin-származékot adagolunk a szükséges ideig, sokszor távozás után a beteg saját magának végzi az injekció beadását.

A műtét körüli időszakban antibiotikum profilaxist is alkalmazunk szükség esetén (esetleges fertőzések megelőzésére).

A kórházi bent fekvés ideje sokszor nem fedi a várható rehabilitációs időt, ezért szükség lehet sebgyógyulást követően kórházi áthelyezésre, ill. mód van a lakhelyen gyógytornász igénybevételére.

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 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 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 kényszerből 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!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. 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

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

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)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

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

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

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

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.