



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ - BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

### SPONGIOSA PLASZTIKA

Tájékoztatjuk Önt, hogy részletes, alapos és Önnel egyeztetett kivizsgálása alapján a mielőbbi gyógyulása érdekében az alábbi műtét **elvégzését javasolja kezelőorvosa.**

A beavatkozásról az alábbiakban tájékoztatjuk Önt, hogy - mindent mérlegelve - dönthessen, és beleegyező nyilatkozatát adja a beavatkozás elvégzéséhez. A beavatkozásról az azt végző orvos Önnek egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást is ad.

Beteg neve.....TAJ:□□□-□□□-□□□

Születési idő: □□□□.□□.□□

#### 1./ A BETEGSÉG MEGNEVEZÉSE, ISMERTETÉSE

Sérülést követően a sérült csont csontosodási folyamata elégtelen, a kívánt gyógyulás, csontosodás eléréséhez azt pótolni szükséges. Erre két lehetőség van:

- autológ (saját) csontátültetés
- homológ (humán eredetű) csontgraft. Különböző formában elérhetőek, pl. spongiózus csont.

Széles méretválasztékban beszerezhetőek, így a kezelt területnek megfelelő az operáló orvos a megfelelő méretet tudja alkalmazni.

#### 2./ A BEAVATKOZÁS JELLEGE, ISMERTETÉSE

A műtétet gerincközeli érzéstelenítésben, vagy altatásban végezzük (lásd aneszteziológiai tájékoztató, beleegyezés). A műtét során feltárjuk a műtési területet. Kitisztítjuk, felfrissítjük a csontpótlás helyét. Behelyezzük a csont implantátumot. Alapos átöblítés után - amennyiben szükséges - a sebüregben szívócsövet hagyunk vissza. Az műtét során ejtett bőrmetszést öltéssel zárjuk, majd fedőkötéssel látjuk el.

#### 3./ A BEAVATKOZÁS CÉLJA

A sérült csont csontosodási folyamatának segítése a fájdalom csökkentése, az ízületi mozgás javítása, az életminőség általános javítása.

#### 4./ A BEAVATKOZÁS LEHETSÉGES KOCKÁZATAI

Általános szövődmények minden sebészi beavatkozást követően kialakulhatnak.

Ezek a következők:

- a lágyrész duzzanata, utóvérzés, vérgyülem kialakulása a műtési terület körül
- a műtési seb környezetének gyulladása, váladékozása, mely lehet időleges, vagy végleges is
- a műtési terület környezetében haladó idegek nyomás alá kerülése, károsodása, mely hónapokig tartó, vagy végleges érzés- illetve mozgászavar
- a műtési területben futó erek sérülése

- túlburjánzó, „keloidos” hegesedés, a seb másodlagos gyógyulása
- nemkívánatos szöveti reakció a varratok környezetében
- felfekvés, tüdőgyulladás, felső légúti hurut kialakulása
- húgyúti fertőzés, elsősorban katéterezést követően
- keringési, légzési elégtelenség, agy-, szív-, máj-, veseműködési zavar
- trombózis – többnyire az alsó végtagokban vérrög képződhet, mely egyes esetekben nagyfokú, mely maradandó végtag megvastagodással, keringési zavarral járhat, akár a megelőző gyógyszeres kezelés ellenére is. A vérrög esetleges elszabadulása a tüdőben akár halálos kimenetelű elzáródást okozhat (tüdőembólia /a tüdőt ellátó erek elzáródása/)
- a műtéti szövődmények extrém esetben súlyos, tartós egészségkárosodáshoz is vezethetnek
- extrém ritka esetben a beteg elhalálása

A **leggondosabb** ellátás során is néhány százalékos gyakorisággal szövődmények, káros következmények felléphetnek. Bármilyen szövődmény jelentkezése esetén újabb műtéti beavatkozások válhatnak szükségessé, ahhoz, hogy minél kevesebb maradandó károsodás alakuljon ki. Szövődmények fellépte esetén azonban maradandó károsodás valószínűsége ugrásszerűen megnő.

## 5./ A BEAVATKOZÁS KÖRÜLI IDŐSZAK JELLEMZŐI

### 5.1. A beavatkozás előtti történések

- vérvétel, vércsoport meghatározása,
- EKG,
- mellkas röntgen,
- altatóorvosi konzílium elvégzése
- branül behelyezése vénába
- szükség esetén állandó húgyhólyag-katéter bevezetése
- a premedikációs lap alapján módosított gyógyszerek beadása
- alsó végtagokra szükség esetén fásli felhelyezése
- szükség esetén a műtéti terület borotválása
- ékszerek, műfogsor eltávolítása

### 5.2. A beavatkozás utáni történések

Általános állapottól és a műtét típusától függően:

- infúzió és fájdalomcsillapítók adagolása;
- a seb(ek) rendszeres kötözése,
- az esetleg behelyezett draineik (csövek) megfelelő időben történő eltávolítása;
- szájon keresztüli táplálás fokozatos bevezetése;
- gyógyszerelés folytatása;
- véralvadásgátló adagolása;
- gyógytornáztatás,

Műtétet követően a végtagot néhány napig kíméljük, jégeléssel a fájdalmakat csökkenthetjük. Varratszedés a műtétet követő 10. nap körül indokolt. Munkába való visszatérés függ a beteg foglalkozásától és általános állapotától.

## 6./ A BEAVATKOZÁS ELMARADÁSÁNAK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

A fájdalom további fokozódása, a csontosodás elmaradása.

## 7./ A BEAVATKOZÁS HELYETT ALKALMAZHATÓ MÁS ELJÁRÁSOK, AZOK LEHETSÉGES ELŐNYEI, KOCKÁZATAI

Fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedése, lokálisan adott szteroid + fájdalomcsillapító injekció adása, fizioterápia, gyógytorna, reumatológiai és gyógyfürdőkezelés, tehát összességében az ún. konzervatív (nem műtéti) kezelési lehetőségek. A műtét elvégzése akkor javasolt, ha ezen eljárások tartós javulást nem eredményeztek.

## 8./ A FELVILÁGOSÍTÁST ADÓ ORVOS NYILATKOZATA

A fenti beavatkozásra vonatkozó teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – a legjobb tudásom szerint adtam meg. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a betegnek/törvényes képviselőjének /hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam.

Kérdések és az arra adott válaszok:

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

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

## 9./ BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyes orvosi szóbeli tájékoztatást – amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre – megértettem és elfogadom. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam és elegendő gondolkodási idő után a beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, és a jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kérem annak elvégzését. A beavatkozás kiterjesztéséhez és változtatásokhoz, amelyek a beavatkozás során előre nem látható okból szükségesek vagy célszerűnek mutatkoznak, már most hozzájárulok. Az erre vonatkozó tájékoztatás alapján sem egyezem bele a beavatkozás során esetleg szükségessé váló kiterjesztések közül az alábbi(ak)ba:

.....  
Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegségemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Amennyiben a betegfelvétel kapcsán bármilyen betegségemet eltitkoltam, annak következményeit magam viselem. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Tudomásul veszem, hogy ha a beleegyezésem visszavonására alapos ok nélkül kerül sor, kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

Budapest, ..... év .....hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

## 10./ ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes felvilágosítása - amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló lehetséges következményeket is tartalmazta - ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom. Tudomásul veszem, hogy az ellátás visszautasítása miatt esetlegesen bekövetkező káros következményekért orvosaimat felelősség nem terheli. (Ha a beteg olyan beavatkozást utasít el, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos, vagy maradandó károsodás következne be, az elutasító nyilatkozat érvényességéhez két tanú aláírása szükséges, akik aláírásukkal igazolják, hogy a beteg a nyilatkozatot előttük írta alá, vagy aláírását előttük saját kezű aláírásának ismerte el. A beteg írásképtelensége esetén a beavatkozást két tanú együttes jelenlétében utasíthatja vissza. Ez esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek.)

Budapest, ..... év .....hó ..... nap .....óra .....perc

.....  
felvilágosítást adó orvos aláírása

.....  
beteg/törvényes képviselő/hozzátartozó aláírása

Tanúk:

Név: .....

Név: .....

Lakcím: .....

Lakcím: .....

Aláírás: .....

Aláírás: .....