



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
LCA PLASZTIKA
TRAUMA-15/1

A beteg neve:	A betegség/sérülés megnevezése:
A beteg születési dátuma:	• magyarul: LCA plasztika
A beteg lakcíme:	• latinul:
A beteg TAJ-száma:	A beavatkozás neve:
	A beavatkozás oldala: jobb ☐ bal ☐

Kedves Betegünk (Törvényes képviselő / Meghatalmazott / Támogató)!

A beavatkozás, amelyet tervezünk invazív jellegű, melyhez az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a betegségéről/sérüléséről, a beavatkozás javasolt módjáról, alternatíváiról, következményeiről, ezek jövőbeli életmódjára kiható hatásairól, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés lehetséges korai és késői szövődményeiről.

- 1./ **Cselekvőképtelen**, vagy az egészségügyi jognyilatkozat-tételi ügycsoportban cselekvő-képességében részlegesen korlátozott, vagy az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatóval rendelkező személy esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai /kérjük a bírói végzés csatolását/:

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Lakcíme

- 2./ **Meghatalmazás** esetén a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (meghatalmazás esetén kérjük a közokiratba, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt meghatalmazás csatolását):

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

- 3./ **Meghatalmazás hiányában**, a beteg cselekvőképtelensége miatt a nyilatkozattevő személy adatai és rokonsági foka (név, születési idő, anyja neve,

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:..... Rokonsági foka:.....

Lakcíme:.....

Meghatalmazás hiányában a nyilatkozattevő személy:

- a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes
ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában,bb) gyermeke, ennek hiányában, bc) szülője, ennek hiányában, bd) testvére, ennek hiányában, be) unokája
c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
ca) gyermeke, ennek hiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

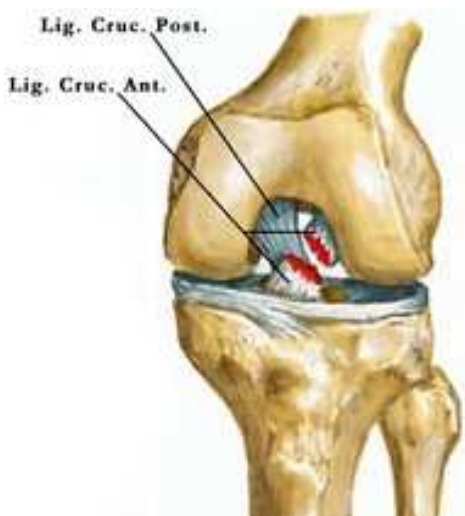
☛ A betegség/sérülés megnevezése

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél (gondozottjánál) Keresztszalag **sérülést** mutattunk ki, illetve nagy valószínűséggel panaszait **ez** okozza.

☛ A betegség/sérülés leírása

A térdízület centrális stabilizáló rendszeréhez tartozó elülső/hátulsó keresztszalag sérülése, amely az ízület instabilitását okozza, így a rendellenes mozgások révén, az ízület fokozott kopását eredményezi.

☛ A betegség/sérülés leírása, rajzos kiegészítéssel



☛ A műtéti eljárás(ok)

1. Általános megjegyzések:

- A műtétet általános vagy helyi érzéstelenítésben végezzük, melynek részleteiről, módjáról, kockázatairól és lehetséges szövődményeiről az altatást végző orvos fogja Önt tájékoztatni és kérni írásos beleegyezését.
- A beleegyezés megtörténtének tényét az Ön műtétjét végző orvosa beavatkozás előtt ellenőrzi, ennek hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

2. Az ellátás/műtét folyamata:

Térdízületi tükrözéses (arthroscopos) technika, melynek lényege az elülső keresztszalag pótlása valamilyen átültetett szövet - graft (Graft: Csont – patella ín – csont, Semitendinosus - gracilis ín, Csont – quadriceps ín, Allograftok, Szintetikus graftok) segítségével. A beavatkozást mind lógatott, mind oldaltámaszos végtárgyözítéssel el lehet végezni általában vértelenítő mandzsetta használatával. A típusos elülső, külső behatoláson keresztül bevezetve az optikát, áttekintjük az ízületet. A porcfelszínek, térdkalács állásának detektását követően a keresztszalagok feszességét az elülső, belső portán keresztül bevezetett vizsgáló horoggal ellenőrizzük. A mediális és a laterális meniscus hátsó illetve oldalsó szarvait szintén a horoggal ellenőrizzük. Ezután a megfelelő pozicionálást és célzást követően furatokat készítünk a comb- és sípcsontba a megfelelően előkészített graft befogadására. (Graftrögzítés: Interferencia csavar, Press-fit, Csavarra felfüggesztés, Transzfixáció, Ácskapocs, Endo-Button, Felszívódó rögzítők, az alkalmazott technikától függően. A graft rögzítését követően az ízületet a mosófolyadékkal alaposan átöblítjük. Utóvérzés veszélyekor az ízületet becsövezzük. A portálokat varrattal zárjuk.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

3. Az ellátás/műtét műtéti alternatívája, annak előnye/hátránya:

A betegség/sérülés stádiumától és kiterjedésétől függően több technikai létezik a fentieknek megfelelően, illetve többféle graftot lehet felhasználni a pótláshoz (autograftok: hamstring, BTB, allograftok: humán fagyasztott szövetek) ezt részben a műtét előtt választjuk ki, bizonyos esetekben azonban a műtét során vagyunk kénytelenek módosítani a technikát.

Az Ön esetében választott műtéti megoldás:

☞Lehetséges műtéti szövődmények

1. Általános megjegyzések:

- A tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért és szövődménymentességért nem vállalhat abszolút garanciát a kezelőorvos.
- Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak olyan kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos vagy rendkívül súlyos, akár halálhoz vezető károsodások, szövődmények, melyek a kezeléseknél nem szükségszerű velejárói, melyek bekövetkezése az orvos elvárható gondossága és körültekintése melletti betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkeztük nem látható előre, ezért eleve el sem háríthatók.
- Értelmeszerű, hogy ezekért a műtétet/beavatkozást végző személyt nem terheli felelősség, ezt a kockázatot a betegnek kell vállalnia, amikor beleegyezést ad a műtétnek. Ilyen kockázati tényezők pl. a szokatlan anatómiai viszonyok, más társuló betegség vagy kóros állapot, a szervezet szokatlan reakciója a műtét során felhasznált anyagokra illetve magára a műtéti beavatkozásra, nem sterilítási hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, belső varratelégelenség, varratkilökődés, sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesezés vagy hasüregi műtétek utáni bélösszenövés talaján kialakuló működési zavar) formájában jelentkezhetnek, de ezek statisztikai gyakorisága messze elmarad a műtét nélkül bekövetkező állapotromlás valószínűségéhez képest.
- A szövődmények, kockázatok elkerülése céljából a szakmai protokolloknak megfelelően alkalmazunk trombólízis és antibiotikum profilaxist, illetve mindent elkövetünk a műtéttel összefüggő esetleges szövődmények, kockázatok időben történő felismeréséért és e következmények megszüntetéséért.
- A szövődmények együttes jelentkezése sajnálatosan növeli az életveszélyes és/vagy halálos kimenetelű műtéti szövődmények esélyét.
- Amennyiben bármilyen szövődmény lép fel, osztályunk, illetve társintézményeink rendelkeznek az annak elhárításához szükséges eszközökkel és megfelelően képzett szakemberekkel.

A beteg/nyilatkozattételre jogosult aláírása:	
A Tanú 1. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel):	
A Tanú 2. aláírása (kizárólag, ha szóban történik a nyilatkozattétel):	

2. Általános (heveny vagy késői) műtéti szövődmények lehetnek tehát:

- Vérzés, utóvérzés
- Érsérülés)
- Idegsérülés
- Szomszédos szervek sérülése
- Embólia, trombólízis
- Gyulladás (helyi vagy általános)
- Sebgyógyulási zavar
- Varratelégelenség (külső, belső)



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

- Bőrsérülések (pl: elektromos áram, fertőtlenítőszer okozta)
- Hegesedés
- Összenövés

3. A javasolt műtéttel kapcsolatos speciális szövődmények, melyek akár újabb műtéti beavatkozást tehetnek szükségessé:

Fájdalom, fertőzés, ízületi gennyesedés, bevérzés, vérzés, ér-, in-, idegsérülés, sebgyógyulási zavar, ízületi porcborítás sérülése, ízületi mozgástartomány beszűkülése, visszamaradt instabilitás, meniscussérülés, korai ízületi kopás kialakulása, mélyvénás thrombosis, embolia

➡Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Műtétől számított második napon a szívócső eltávolítása, műtétől számított 10-12 napon varratszedés. A műtétet követően sebgyógyulásig a gyakorlatok közti időre nyugalomba helyezzük a végtagot. A jegelés fájdalomcsillapító és az ízületen kívüli vérömleny felszívódását segíti. A posztoperatív első napon izometriás gyakorlatokat és 0-30 fokos mozgást kezdünk. A 2. naptól mobilizációt és mankóval tehermentesítést végzünk a tornagyakorlatok folytatása és a flexió fokozása mellett. A tehermentesítés 10-14 nap. A korlátozott mozgást lehetővé tevő rögzítést, csak bizonyos esetekben (reoperáció, jelentős izomsorvadás) 4-6 hétig javasoljuk. Thrombosis prophylaxis a rizikószinttől függően 4-6 hét. Ezt követően a funkció fokozatos növelése, a gyógytorna folytatása, a 8. héttől kerékpár, majd a 12. héttől úszás javasolt.

A betegek munkaképessége irodai munkára 4-6 hét, könnyű fizikai munkára 3-4 hónap, míg nehéz fizikai munkára 4-8 hónap.

➡Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

A térdízület belső állapotától függően akár teljes minőségű életvitel, fizikai munka, élsport folytatása elérhető. Amennyiben a sérülés és a műtét között eltelt idő hosszú, úgy az a posztoperatív eredményeket negatív irányba változtatja. A be nem tartott posztoperatív kezelés is a végeredmény romlását okozhatja.

➡A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Amennyiben a műtét során társsérüléseket / meniscus, egyéb szalag, porc felszín / találunk, úgy azokat, amennyiben lehetséges, ellátjuk. Bizonyos társsérülése esetén, súlyos toksérülés, mindkét meniscus friss sérülése, a keresztszalag pótlásától akár el is tekintünk, és ezt egy későbbi időpontban végezzük el. Állandó térdízületi barce viselése.

➡A műtét/beavatkozás elmaradásának előnye

Mai tudásunk szerint az Ön betegségére/sérülésére javasolt beavatkozást vagy az esetleges alternatív kezelést el kell végezni, ezek elmaradásának nincs előnye.

➡A műtét/beavatkozás elmaradásának veszélyei

Ízületi mozgások beszűkülése, tartós instabilitás fennállása, további sérülések, fájdalmas mozgások kialakulása, korai ízületi kopás.

➡A műtét/beavatkozás kiterjesztése

1. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a jelen műtét/beavatkozás során előfordulhat, hogy annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható. Felhívta figyelmem, hogy ezen esetekben a műtét felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása számomra jelentene káros megterhelést, és a későbbiekben esetlegesen újabb műtétet tenne szükségessé. Ezúton felhatalmazom kezelő-orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozást a szükséges mértékben gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék/megváltoztassák különösen, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene.
2. Kezelőorvosom tájékoztatott, hogy a hatályos törvények szerint, amennyiben a beavatkozás (1) bekezdés szerinti kiterjesztése a valamely szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – erre irányuló beleegyezésem hiányában – csak közvetlen életveszély fennállása esetén vagy abban az esetben végezhető el, ha annak elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

jelentene. Ezen információt megértettem, és ennek birtokában, szabad akaratomból felhatalmazom kezelőorvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a beavatkozás kiterjesztését akkor is elvégezzék, ha az valamely szervemnek vagy testrészemnek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

☛Kérjük, segítsen nekünk.....

...azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezelések kivitelezését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel azok a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

☛Beszélje meg orvosával...

..... a betegségével, a tervezett beavatkozással, illetve az esetleges szövődményekkel kapcsolatos kérdéseit.

A beteg kérdései, valamint a kérdésekre adott válaszok (amennyiben indokolt a nyilatkozat végén folytatni kell!):

	A beteg kérdései	Az orvos válaszai
1.		
2.		
3.		
4.		

☛ Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

1.	Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?	☐ Igen ☐ em (ha igen, a következő(ke)t):	
2.	Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, akkor milyen):	
3.	Tud-e anyagszere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún. tárolási betegségek):	☐ Igen ☐ em (ha igen, a következő(ke)t):	
4.	Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységről?	☐ Igen ☐ em (ha igen, a következő(ke)t):	
5.	Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségről?	☐ Igen ☐ em (ha igen, a következő(ke)t):	



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

☛ A beteg egyéb nyilatkozatai a kezelőorvosi tájékoztatás után:

- Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.
- Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.
- Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, 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.
- Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.
- Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozásba való beleegyezésem bármikor (de legkésőbb a műtéttel/beavatkozással kapcsolatos altatás/érzéstelenítés megindításáig) alaki kötöttségek nélkül (akár szóban is) visszavonhatom.
- Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti beteg tájékoztatót. Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.
- Nyilatkozom, hogy a kérdéseimet feltehettem, a kérdéseimre számomra kielégítő választ kaptam,
- Megértettem, hogy a Magyarországon elfogadott, orvosom által ismert és gyakorolt műtétben/kezelésben részesülök. A számomra ajánlott protokollokról számomra érthető felvilágosítást kaptam
- A műtét/kezelés után javasolt életmódról, esetleges további ellátásokról kezelőorvosomtól bent tartózkodásom alatt folyamatosan, továbbá a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos szakképesítése:	
A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos beosztása:	

☛ Beleegyező nyilatkozat

- Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez.
- A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményekről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam.
- A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs.
- Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek.
- Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.
- Ennek alapján, a fenti tájékoztató áttanulmányozása és a szóbeli felvilágosítás után beleegyezem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

.....
A beavatkozás/műtét tervezett dátuma

A felvilágosítást adó és a beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje

Orvos aláírása:	Orvos pecsétje:



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....
Kaposvár, év hó nap óra perc

➡ Elutasító nyilatkozat

Amennyiben **NEM FOGADJA EL a javasolt kezelést**, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

A kezelőorvos részletes felvilágosítása—mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása		A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje	
A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása		A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje	

.....
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

2. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....
Kaposvár, év hó nap óra perc



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT

LCA PLASZTIKA

TRAUMA-15/1

☛ Tájékoztatásról való lemondás

Amennyiben **LEMOND** a tájékoztatásról és más személyt feljogosít erre, kérjük, írja alá az alábbi nyilatkozatot:

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni.

.....

Helyettem tájékoztassák:

.....-t

A beteg által megnevezett, nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

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!

A felvilágosítást adó orvos szakképesítése és beosztása		A felvilágosítást adó orvos aláírása és pecsétje	
A beavatkozást végző orvos szakképesítése és beosztása		A beavatkozást végző orvos aláírása és pecsétje	

.....-t

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

1. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, azaz ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

.....

2. Tanú aláírása (kizárólag a beteg írásképtelensége esetén, ha szóban történik a nyilatkozattétel):

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:

Kaposvár, ... év hó nap óra perc

Jelen sorszámozott oldalból álló betegtájékoztatót/beleegyező nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érhető válaszokat kaptam. Ezek tudatában és birtokában az ellátásba beleegyezem.

.....

A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

Készült 20.....-n és óra között

a SM KMOK Osztály helyiségében.