



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK

TRAUMA-19/1

A beteg neve:	A betegség/sérülés megnevezése:
A beteg születési dátuma:	• magyarul: Nagytompör (csípőtájék) vagy az alatt létrejött combcsonttörés
A beteg lakcíme:	• latinul: Per- és Subtrochanter törés
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 betegségről/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 PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK TRAUMA-19/1

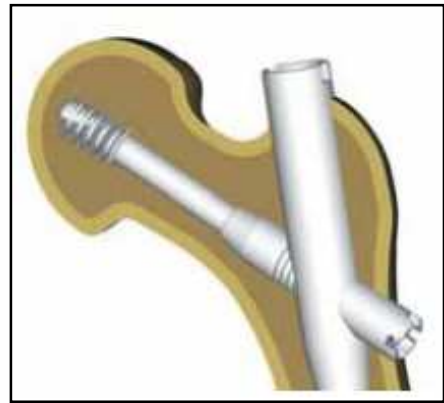
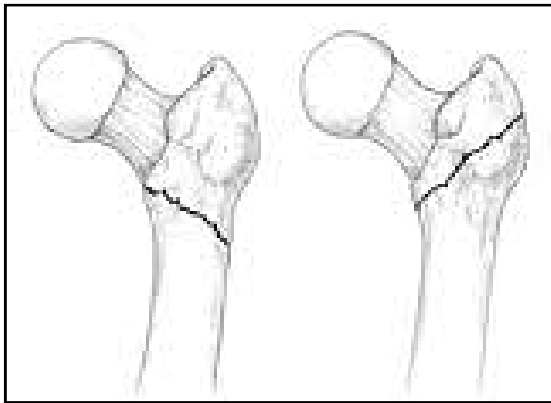
☛ A betegség/sérülés megnevezése

Panaszai és az eddig elvégzett vizsgálatok alapján Önnél a nagytompor (csípőtájék) területén vagy az alatt létrejött combcsonttörést (per/subtrochantericus femur törés) mutattunk ki, illetve nagy valószínűséggel panaszait ez okozza.

☛ A betegség/sérülés leírása

Különböző mértékű trauma hatására a combcsont felső szakaszán létrejövő törés, melynek súlyosságát a járásképeség megszűnése jelenti.

☛ 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:

Röntgen képerősítő segítségével elvégzett előzetes helyreigazítás után a törésben elért jó helyzetet a lehető legkisebb feltárásból, a törést a combcsont felső szakaszának velőüregébe és a combnyakba vezetett fémimplantátumok segítségével áthidaljuk, amennyiben szükséges, a comb közepén vagy a térd közelében bevezetett csavarokkal rögzítjük, így mozgás-stabillá tesszük a szintézist. Előfordulhat, hogy bizonyos törések helyretételéhez magát a törést is közvetlenül fel kell tárnunk. Ez esetben a comb oldalán ejtett metszésen át végezzük el ezt. A műtét után a sebeket szívócső felett varratokkal egyesítjük.

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

A betegség/sérülés stádiumától és kiterjedésétől függően több műtéti megoldás létezik. Előfordulhat, hogy az Ön esetében egy nagyobb sebbel járó lemezes csontegyesítő műtétet kell választanunk.

Az Ön esetében választott műtéti megoldás:

.....



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK TRAUMA-19/1

☞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.
- Értelemszerű, 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 varratelégtelenség, varratkilökődés, sebgyógyulási zavar, a vártól 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 trombózis 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(ek)
- Idegsérülés(ek)
- Szomszédos szervek sérülése(i)
- Embólia, trombózis
- Bélhűdés
- Gyulladás (helyi vagy általános)
- Sebgyógyulási zavar
- Varratelégtelenség (külső, belső)
- Bőrsérülések (pl. elektromos áram, fertőtlenítőszer okozta)
- Hegesezés(ek)
- Összenövés(ek)

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

Sebváladákozás, septicus szövődmény, combcsont velőüregének mélyre terjedő gyulladása, trombózis, illetve embólia kialakulása, végtag keringészavara, generalizált gyulladása, melyek végső esetben annak elvesztéséhez is vezethetnek.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK TRAUMA-19/1

Késői szövődmények: A mozgás stabil rögzítés mellett is kialakulhat álízület, elhúzódo törésgyógyulás, melyhez a rögzítő fémanyagok elmozdulása vagy eltörése is társulhat.

☛Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Műtét utáni második napon szívócső eltávolítása, műtétől számított 10-12 napon varratszedés, trombózis megelőzésére irányuló injekciós kezelés, mihamarabbi mozgás, beteg járóképességének javítása járókerettel, 6 hétig tartó járókeretes közlekedés az operált végtag részterhelése mellett, rendszeres gyógytorna végzése, szövődmények megelőzésére irányuló kezelés (szükség szerinti antibiotikumos, illetve légzés-, keringésvajító terápia). Teljes terhelés segédeszközök nélkül 3 hónap után várható leghamarabb. Gyógyulási idő 1 év.

☛Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

Életmód/életminőség javulása várható a műtėti megoldástól.

☛A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Medencegipsz-rögzítés

☛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

Hosszantartó ágyhoz kötöttség, legyengülés, légzési nehézségek, a fekvés miatti renyhébb légző mozgások, a tüdők szellőzésének csökkenése, váladékok pangása a tüdőkbén, tüdőgyulladás kialakulása, felfekvések kialakulása, a szervezetben általános fertőzés kialakulása, mozgásbeszűkülések a környező ízületekben, állandó fájdalom, a sérült végtag terhelhetőségének fájdalom miatti megszűnése. A gondos trombózis megelőzés mellett is kialakulhat alsó végtagi mélyvénás trombózis illetve tüdőembólia. Fenti szövődmények mindegyike önmagában is halálhoz vezethet.

☛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 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 szervnek vagy testrésznek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

☛Kérjük, segítsen nekünk.....

...azzal, hogy a fenti ismertető áttanulmányozása után kezelőorvosa utasításait pontosan betartja, segíti a vizsgálatok és kezeléseik 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.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK TRAUMA-19/1

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 ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
2.	Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, akkor milyen):	
3.	Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún. tárolási betegségek):	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
4.	Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységéről?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	
5.	Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről?	☐ Igen ☐ Nem (ha igen, a következő(ke)t):	

➔ 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.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK

TRAUMA-19/1

- 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 betegtájékoztatót. 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:

.....
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:



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK TRAUMA-19/1

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

➔ 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.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
PER- ÉS SUBTROCHANTER TÖRÉSEK
TRAUMA-19/1

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.