



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
VERTEBROPLASTICA
IDEG-11/1

A beteg neve:	A betegség/sérülés megnevezése:
A beteg születési dátuma:	• magyarul: Csigolyatest összeroppanás
A beteg lakcíme:	• latinul: Compressio vertebrae
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 VERTEBROPLASTICA IDEG-11/1

☛ A betegség/sérülés megnevezése

A klinikai kép és az elvégzett vizsgálatok csonttritkulás talaján kialakult csigolyatest összeroppanást (*Compressio vertebrae*) igazoltak.

☛ A betegség/sérülés leírása

A betegség lényege, hogy csonttritkulás következtében a gerincoszlopot alkotó csigolyák csontszerkezet felritkul, teherbírása csökken, így kisebb traumák, vagy akár a mindennapi igénybevétel következtében közülük egy vagy több, heves fájdalom kíséretében összeroppan. A károsodott csigolya terhelésekor fellépő mikromozgások gyógyszeres terápiával nehezen uralható fájdalmat tartanak fenn, amelyet a csigolyamelletti izomzat reflexes tónusfokozódása tovább erősít.

☛ A betegség/sérülés leírása, rajzos kiegészítéssel



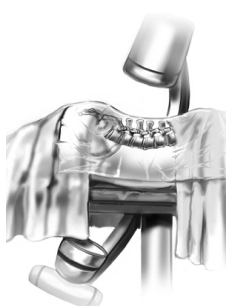
☛ A műtéti eljárás(ok)

1. Általános megjegyzések:

- A műtétet általános érzéstelenítésben, altatásban 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.

Az ellátás/műtét folyamata:

Az operáció során a beteget hasra fektetjük. Az érintett csigolya (csigolyák) magasságában, a középvonaltól 4-5 cm távolságra általában mindkét oldalon, egy-egy 3-4 cm hosszú metszést ejtünk. Ezeken keresztül fémtű és adagoló szerkezet segítségével gyorsan megkötő, folyékony halmazállapotú csontcementet juttatunk a csigolyatestbe. A tű bevezetését és a befecskendezett csontcement terjedését nagy felbontású röntgenvilágító eszköz segítségével kontrolláljuk. Mivel a bőrt általában felszívódó varratsorral zárjuk, így varratszedésre nincs szükség.





BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT VERTEBROPLASTICA

IDEG-11/1

A beavatkozás indikációját a súlyos, tartós, a konzervatív kezelésre nem reagáló, gyakran ágyhoz kötöttséget okozó, egy vagy több összeroppant csigolyához köthető fokális hátfájás képezi. A műtét időzítése egyéni elbírálást igényel. Halasztható a beavatkozás a csigolya összeroppanása után 4-12 hétig, amíg még várható javulás a konzervatív kezeléstől, de korábban is megalapozott lehet. Gyors elvégzése indokolt a tartós immobilizációból és ágynyugalomból adódó szövődmények kialakulásának elkerülésére; a fájdalomcsillapítók mellékhatásainak megelőzése érdekében; olyan társbetegségek esetén, mint például a tüdőgyulladás, visszérgyulladás vagy fájdalomcsillapító intolerancia; valamint azoknál az idősebb és igen aktív betegeknél, akiknél a tartós ágynyugalom drámai pszichés következményekkel járhat.

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

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 bekövetkezte 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 műtéthez. 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 varratelégeltelenség, 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 protolloknak megfelelően alkalmazunk trombozisz 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):	



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEGYZÉSI NYILATKOZAT VERTEBROPLASTICA

IDEG-11/1

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

- Embólia, trombózis
- Vérzés, utóvérzés
- Fertőzés átvitele
- Sebgyógyulási zavar, sebfertőzés
- Bőr-, ér-, ideg- és lágyrész sérülések (fektetés, fertőtlenítő szerek, elektromos kés)
- Láz, kóros lázas állapot
- Kóros keringési reakció

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

A tú bevezetésével járó kockázatok közé tartozik az ideggyök és az agyhártyarendszer (durazsák) sérülése, valamint a csigolyatest záró lemezének sérülés. Ezek következtében végtaggyengeség, bénulás, vegetatív zavar (vizelet-, székletürítés és erekciós zavar), zsibbadás, fájdalom, érzéscsökkenés, agyvíz csorgás, központi idegrendszeri gyulladás, csigolyatest gyulladás (spondylodiscitis), tályogképződés alakulhat ki. A cement befecskendezése kapcsán kicsorgás fordulhat elő a gerinccsatornába, ideggyök-csatornába, a csigolyák körüli vénákba, valamint a csigolyák köré. A vénákba kiáramló csontcement tüdőembóliát okozhat. A súlyos idegrendszeri szövődmények veszélye miatt rendkívül fontos az azonnal rendelkezésre álló idegsebészeti háttér.

➡Műtét/beavatkozás utáni kezelés

A műtét napján ágynyugalom javasolt. A műtét utáni második napon szigorú gerinckímélet mellett felkelhet. Amennyiben szükséges, fájdalmait gyógyszeresen csillapítjuk. A rehabilitáció során a gerinckímélet és a fizioterápia különösen fontos. Szövődménymentes esetben a műtétet követő harmadik napon otthonába bocsátjuk. Hazabocsátását követően pontosan megjelölt, az előjegyzési rendben rögzített időpontban, 6 hét múlva várjuk kontroll vizsgálatra szakambulanciánkon.

➡Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

Megszilárdulása után a csontcement stabilizálja az összeroppant csigolyatestet. A hatás már a műtét napján érzékelhető, az esetek jelentős részében a betegek már másnap jelentős fájdalomcsökkenést említenek, mozgásteljesítményük javul.

➡A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Konzervatív terápia, azaz tüneti fájdalomcsillapítás elsősorban gyógyszeres kezeléssel (nem-steroid gyulladáscsökkentők, izomrelaxánsok), pihenés, gerinckímélet, fizio-, balneoterápia. Kisízületi Kenalog-Lidocain infiltrációs terápia.

➡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

Panaszok fokozódása, krónikus fájdalom szindróma kialakulása, végtaggyengeség, vegetatív zavar.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT VERTEBROPLASTICA IDEG-11/1

☛ A műtét/beavatkozás kiterjesztése

- 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.
- 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 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.		



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT VERTEBROPLASTICA IDEG-11/1

☛ 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, a következő(ke)t):	
3.	Tud-e anyagszere-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.
- 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.



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT VERTEBROPLASTICA IDEG-11/1

- 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:

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	



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT
VERTEBROPLASTICA
IDEG-11/1

.....
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.

.....
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	



BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT VERTEBROPLASTICA IDEG-11/1

.....-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 érthető 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.