



# TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

## Csípőízületi total endoprotézis steril kilazulása esetén végzendő műtét

**EHB 7-09/00-43**Változat: 1  
Hatálybalépés:  
2023-04-28**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Vármegyei Oktatókórház****Tagkórház megnevezése:****Tagkórház címe:****OSZTALY NEVE:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

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

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 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) nagyszülője, ennek hiányában bf) 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

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 <sup>1</sup>
<b>Ha igen:</b>	
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:** A kilazult csípőízületi protézis (vápa vagy szár illetve mindkettő) cseréje a kialakult panaszok megszüntetésére.<sup>1</sup> A megfelelő rész aláhúzendó.

**Az eljárás esetleges veszélyei:** Felléphet vérrögösödés (thrombosis), vérrög beékelődése a tüdőérbe (tüdőembólia) és sebfertőzés. Vérömleny (haematoma), a protézis kificamodása (luxálódása) következhet be. Ezen esetek egy részében még a bentfekvés alatt ismételt műtéti feltárássra lehet szükség. Előfordulhat comb- vagy medencecsonttörés, ér- és idegkárosodás, kismedencei szervek sérülése. A végtaghossz különbség nem minden esetben egyenlíthető ki teljesen, tehát a műtét után is lehet végtaghossz különbség. Későbbiekben a protézis steril vagy fertőzőes kilazulása következhet be. Előbbinél egy-, utóbbinál két ülésben lehet a protézis cseréjét elvégezni. Bizonyos esetekben a protézis eltávolítására kényszerülünk, de ez a helyzet is fájdalomtalan, jól mozgó, igaz kevésbé terhelhető ízületet eredményez. Ízület körüli meszesedés és a protézis törése is bekövetkezhet. Ezen esetek egy része is ismételt műtéti beavatkozást igényel. A szövődmények általában eredményesen kezelhetők.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:

- személyre szabott kockázatok:

**6./ Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei:** A csípőfájdalom további fokozódása, mozgáskorlátozottság súlyosbodása, életminőség további romlása. Ha a későbbiekben mégis protézis cseréjére kerülne sor a szövődmények kialakulásának esélye növekedhet, illetve a műtét eredményessége csökkenhet.

**7./ Más kezelési lehetőségek:** Fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedése, fizioterápia, reumatológiai és gyógyfürdőkezelés, röntgen besugárzás, gyógytorna, tehát összességében az ún. konzervatív (nem műtéti) kezelési lehetőségek. Ezen eljárásoktól nagy valószínűséggel csak átmeneti javulás várható.

**8./ Az eljárás technikája:** Általában a korábbi műtét hegében (néha pedig a jobb hozzáférhetőség miatt más feltárást kell választani) tárjuk fel a csípőízületet, illetve a protézist. Másodlagosan kialakult ízületi tok eltávolítása után luxáljuk a protézist és a kilazult komponenszt (komponenseket) eltávolítjuk.

Hasonlóan az eredeti beültetéshez kialakítjuk az új komponensek helyét. Ehhez el kell távolítani a képződött sarjszövetet és a csontcementet. Ez utóbbira, ha korábban cementnélküli beültetés történt nincs szükség. Általában korábbi protézis méreténél nagyobb méretű protézis beültetésére van szükség. Abban az esetben, ha a kilazulás következtében nagyobb csonthiány alakult ki csontpótlásra, vápakosár beültetésre is szükség lehet. A protézis rögzítésre antibiotikumos csontcementet használunk. A műtéttel együtt járó utóvérzés miatt egy vagy két szívócsövet helyezünk a műtéti területbe. Gondos vérzéscsillapítás után a sebet varratokkal zárjuk be. A beteg a műtét után néhány nappal már gyógytornász segítségével felkelhet, segédeszköz alkalmazásával járhat. Javasolt az operált végtag középvonalon túli mozgásának illetve a kifordításának, valamint a mélyre ülés kerülése a ficamodás megakadályozására. Problémamentes esetben általában 9-10 nappal a műtét után kerül sor a varratszedésre és a hazaengedésre. A protézis cseréjét leggyakrabban gerincéztelenítésben, ritkábban altatásban végezzük (lásd anaesthesiológiai tájékoztató, beleegyezés). Antibiotikus és thrombosis megelőzést (profilaxist) alkalmazunk a két leggyakoribb szövődmény elkerülésére. A műtét során, illetve az azt követő napokban vér adására van, illetve lehet szükség (lásd transzfúziós tájékoztató, beleegyezés). Otthon a megtanult torna további rendszeres végzése, segédeszközzel való részleges tehermentesítés szükséges az első kontrollig, amely 6 héttel a műtét után következik ambulanter. A mai házi betegápolási rendszerben lehetőség nyílik otthoni gyógytornász igénybevételére. A betegek egy részénél a műtét után 30 napig thrombosis profilaxis alkalmazandó, amelyet a beteg saját maga is be tud adni. A műtét során nagyobb csonthiány esetén a protézis megfelelő rögzítéséhez szövetbankból származó és szigorú szabályok szerint előkészített idegen humán (más emberből származó) csontszövet beültetése válhat szükségessé.

Hozzájárulok ahhoz, hogy amennyiben kezelőorvosom indokoltnak tartja, szövetbankból származó idegen humán (más emberből származó) csontszövetet ültessenek be.

**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 kényszertől 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 előtt<sup>2</sup>:

.....  
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

## 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):

.....  
.....  
<sup>2</sup> 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.

.....  
.....  
.....  
Dátum:

.....  
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt<sup>3</sup>:

.....  
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**

---

<sup>3</sup> 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.