

## INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő)  
kijelentem, hogy dr. .... (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat  
(..... név, ..... szül. idő, .....  
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő  
mértékben és módon tájékoztattott.

### VERTEBROPLASTICA

- Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:** Vertebroplastica: az összeroppanat csigolyatestbe csontcement bejuttatása a bőr kis metszésén keresztül bevezetett speciális eszközzel.
- A beavatkozás célja:**
  - Lehetőség szerint a további összeroppanás megelőzése.
  - Az összeroppanat csigolya által okozott fájdalom csökkentése vagy megszüntetése.
- A beavatkozás menete, technikája:**

Altatásban, hason fekvő helyzetben végezzük a Th V-LV gerincszakaszon, ha a beavatkozás javallata fenn áll és a csigolyák a beavatkozásra alkalmasak.

Röntgen képerősítő folyamatos a-p és oldal irányú ellenőrzése mellett speciális eszközt vezetünk be a csigolya testébe az íveredésen keresztül, vagy ha az keskeny (háti csigolyáknál), akkor az íveredés külső oldalán, a bőrön ejtett kis metszésen keresztül, majd csontcementet juttatunk a csigolya testébe, vigyázva, hogy az ne kerüljön a gerinccsatornába.

A műtét lépéseiről és a műtét végén a bejuttatott cement helyzetéről röntgen képeket készítünk, melyeket archiválunk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**

Vérzés, gyulladás, a környező képletek sérülése, sebgyógyulási zavar, agyvíz csorgás, stb. A csontcementnek a keringésbe jutása tüdő emboliát, a gerinccsatornába jutása bénulást, érzés- vizelet- és széklet ürítési zavart okozhat, csakúgy mint a gerincvelő és/vagy ideggyökök sérülése. Sérülés gyanúja vagy a műtét után észlelt sérülésre utaló neurológiai károsodás esetén a beavatkozás helyének nyitott műtéttel történő feltárása szükséges és ha lehetséges a szövődmény elhárítása pl. vérömleny kiürítése, a dura sérülésének ellátása, stb. A csontcementnek a gerinccsatornába jutása esetén azonnali, nyílt műtéttel történő feltárás, a cement eltávolítása, esetleges egyéb szövődmények ellátása szükséges. Gyanú esetén azonnal CT-vizsgálat, sz.e. nyílt feltárás, ellátás.

Embolia vagy annak gyanúja esetén mellkas CT, intenzív ellátás, megfigyelés szükséges. Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A panaszok fokozódása, állandósulása, a csigolya teljes összeroppanása, melynek következtében a gerinc görbületei fokozódása fokozódhatnak, újabb csigolyák összeroppanása, instabilitás alakulhat ki. Alsóvégtagok bénulása, érzészavar, vizelet-, széklet szabályozási zavar kialakulhat.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Konzervatív: gyógyszeres, fizioterápia, külső rögzítés.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

## 8. Egyénre szabott betegtájékoztató:

### INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelésem során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem \**

*nem egyezem bele és nem kérem \**

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztató megértése alapján minden kényszerből és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyző nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyző nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

.....  
orvos aláírása

.....  
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

\*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.