

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.

TÉRDÍZÜLETI INJEKCIÓS KEZELÉS, ÉS/VAGY FELSZAPORODOTT ÍZÜLETI FOLYADÉKGYÜLEM (VÉR, ÍZÜLETI NEDV, GENNY) LEBOCSÁTÁSA ESETÉN

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** A heveny vagy idült panaszokat okozó térdízületi elváltozások injekciós kezelése, és/vagy a felszaporodott ízületi folyadékgyülem (vér, ízületi nedv, genny) lebocsátása.
- A beavatkozás célja:** A heveny vagy idült panaszokat okozó térdízületi elváltozások (pl. gyulladás, porcokopás, mozgásbeszűkülés) injekciós kezelése tüneti, vagy oki terápia részeként. (gyulladáscsökkentő, porcregeneráló, nagy viszkozitású ízületi folyadék pótló) A felszaporodott ízületi folyadékgyülem (vér, ízületi nedv, genny) lebocsátása oki, vagy tüneti terápia részeként, esetlegesen mintavétel céljából.
- A beavatkozás menete, technikája:** A térdízületbe steril körülmények között, protokoll szerinti bőrfertőtlenítést követően injekciós tűn és fecskendőn keresztül gyógyszert, vagy gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítményt jutattunk be, az ízületet átmozgatjuk és steril fedőkötést helyezünk fel. A felszaporodott ízületi folyadékgyülemet steril körülmények között, protokoll szerinti bőrfertőtlenítést követően injekciós tűn és fecskendőn keresztül lebocsátjuk.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, vérömleny kialakulása, érzékszavar, mozgászavar, duzzanat, fájdalom, mozgásbeszűkülés, lágyrész elhalás, hegképződés, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, ér- és idegkárosodás, nem fertőző vagy fertőző, gennyedéssel járó gyulladás az ízületben vagy a környező lágyrészekben, allergiás reakció, halál.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fennálló panaszok visszamaradása, fokozódása, a még ép régiók károsodása. Az ízület súlyos, maradandó károsodása, mozgáskorlátozottsága, mozgászavar, deformitás, jelentős életminőség romlás. A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a beavatkozás indikációja fennáll, speciális esetekben a beteg általános állapotától, a beleegyezés hiányától, az ellátás megtagadásától függően, illetve más intézetben való ellátási igény esetén eltekintünk a beavatkozástól, egyéb konzervatív (nem műtéti) kezelést végezhetünk (gyógyszer, fizioterápia, műtéti megoldás).
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

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 kezeléseim 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 kezeléseim 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

*beleegyzem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől 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.