

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1007/14</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat alsó végtagon végzett amputációval kapcsolatban		<b>Oldalszám: 1/3</b>

## BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ALSÓ VÉGTAGON VÉGZETT AMPUTÁCIÓVAL KAPCSOLATBAN

**1. Beteg<sup>1</sup> neve:** ..... **TAJ száma:** .....

**Beküldő diagnózis:** .....

### 2. Tájékoztató tartalma:

A műtéthez, melyet tervezünk, szükséges az Ön beleegyezése. Ahhoz, hogy dönteni tudjon, az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a szóba jöhető szövődményekről.

#### A betegség

Panaszai és az elvégzett vizsgálatok verőér szűkület, elmeszesedés, elzáródás miatt kialakult üszkösödést (gangrénát) igazoltak. Ez az ön esetében sem konzervatív eljárásokkal, sem antibiotikum adással, sem érsebészeti műtéttel, érprotálással nem befolyásolható.

#### A betegség és veszélyei

Az üszkösödés az a jelenség, amikor az elhalt területen másodlagosan jellegzetes elváltozások alakulnak ki. Lehet száraz, amikor az elhalt szövetek arra kedvező körülmények, nedvesítés következtében beszáradnak, zsugorodnak, keménnyé és a széteső vörösvérsejtektől sötétbarnává válnak (mumifikáció). Nedves üszkösödés esetén az elhalt területeken rothasztó baktériumok telepednek meg, a szövetek ellágyulnak és mállékony, pépszerű, szürkésfekete, zöldesszürke és a termelőző gázoktól bűzös anyaggá alakulnak át.

Elhanyagolt vagy gyógyulási hajlamot nem mutató esetekben az üszkösödés és a gyulladás fokozatosan terjed a lábujjaktól a comb irányába. Ez előrehaladott állapot esetén életet veszélyeztető általános vérmérgezést okoz. Csupán antibiotikum kezeléssel, konzervatív eljárásokkal, értágító gyógyszerek adásával, sebkötözéssel, feltárással nem lehet az ilyen eseteket megoldani. Érsebészeti beavatkozásra, érprotálásra, súlyos, előrehaladott állapotban már nincsen lehetőség.

#### Műtési eljárások

Az üszkös végtagot, vagy annak egy részét általános érzéstelenítésben, vagy gerincvelői érzéstelenítésben olyan szintben távolítjuk el, melynél a meglévő keringési viszonyok alapján a lehető legjobb sebgyógyulást tudjuk biztosítani. Ez lehet a lábujjak, a lábtő, a lábszár, illetve a comb szintjén. Szükség esetén a váladék elvezetése céljából csövet helyezünk a sebvonalba. A láb szintjén bizonyos esetekben a sebet nyitva kezeljük. A lábszár és a comb szintjén történő amputáció esetén a sebeket mindig varrattal zárjuk.

#### A beavatkozás körüli időszak jellemzői:

##### A beavatkozás után:

- A műtétet követően infúzióban folyadékprotálást kap, fájdalmát csillapítjuk, pulzusát, vérnyomását rendszeresen ellenőrizzük, illetve esetleges egyéb kísérőbetegségei további ellenőrzéseket tehetnek szükségessé.
- A műtétet követő 24 órán belül lábujj amputáció után segítséggel felkelhet. Lábszár vagy comb szintű amputáció esetén gyógytornász bevonásával mobilizációját megkezdjük.
- A műtét utáni első napon folyadékot, majd normál étrendet fogyaszthat.
- A sebet kezdetben napi rendszerességgel kötni kell.
- A műtét után a kórházi tartózkodás ideje általában 5-10 nap.

Lábszár szintű vagy comb szintű amputáció esetén:

- A varratokat általában a 14. napon távolítjuk el.
- Rehabilitáció, lehetőség esetén művégtaggal való ellátás ezt követően, erre szakosodott intézetekben történik előzetes megbeszélést követően.

Beszélje meg kezelőorvosával a szükséges további teendőket:

#### Gyógyulási kilátások

Testrész eltávolítása esetén maradandó károsodás minden esetben létrejön. A tartós fogyatékoság és a rokkantság kialakulásának valószínűsége igen nagy. Mindezeket természetesen kísérőbetegség(ek) megléte, az esetleges szövődmények, a beteg állapota és munkaköre befolyásolhatják.

Jellemzően kialakulhat „fantom fájdalom” (főként lábszár és comb amputációt követően), melyen gyógyszeresen segítünk.

#### Lehetséges szövődmények:

<sup>1</sup> A beteg jogi definíciója: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § a) pontja szerint: "beteg: az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy"

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1007/14</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat alsó végtagon végzett amputációval kapcsolatban		<b>Oldalszám: 2/3</b>

### **A betegre háruló kockázatok:**

Valamely beavatkozás abszolút kockázatmentességét egyetlen orvos sem garantálhatja.

Általában műtéti kockázatnak az *eredménytelenség* illetve az olyan *szövődmények* valószínűségét nevezzük, amelyek a szakmai szabályok betartása mellett is előállhatnak, bekövetkeztek előre nem látható és teljes biztonsággal nem védhető ki. Értelemszerű, hogy ezekért a sebészt nem terheli felelősség, ezt a (minimális) 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.

### **Vérzés, utóvérzés**

A műtét során megfelelő módszerekkel a vérzéseket csillapítjuk, mégis néhány százalékban előfordulhat utóvérzés. Ebben az esetben szükség lehet a műtéti terület újbóli feltárására és a vérzés műtéti csillapítására. Egyes esetekben műtét nélkül is elérhető a vérzés megállása. Szükség lehet vér és/vagy vérkészítmény adására.

### **A műtéti seb fertőződése, gennyedése**

A műtét steril körülmények között zajlik, ennek ellenére előfordulhat a műtéti seb befertőződése, elgennyedése. Ilyenkor szükség lehet a seb feltárására, súlyosabb helyzetben esetleg magasabb szintű újabb amputációra.

Sebszétválásnál újabb műtéti beavatkozásra, ismételt varratra lehet szükség.

### **Tromboembóliás szövődmények**

Mint minden műtéti beavatkozásnál, ezen műtétknél is a nagyobb vénákban vérrög (trombózis) alakulhat ki, mely leszakadva egy másik ér ürterét elzárhatja (embólia). Megelőzésére véralvadást gátló anyagot – kis molekulású heparin injekciót a has bőre alá – adunk, mely kétségtelenül vérékenységhez, egyes esetekben súlyos véralvadási zavarhoz vezethet.

Szövődmények kialakulásának okozója lehet fennálló egyéb kísérőbetegség is (pl.: magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség, stb.)

### **A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:**

- 1. Kérdés: .....
- Válasz: .....
- 2. Kérdés: .....
- Válasz: .....
- (További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)
- **A beteg kérdést nem tett fel (szükség esetén kérjük „X”-el jelölni, s az üresen hagyott „válasz/kérdés” „válasz/kérdés” területet áthúzni!):**

**Ezúton kijelentem, hogy a jelen formanyomtatványt megismertem, és az annak maradéktalanul megfelelő tartalmú tájékoztatást a kezelőorvostól megkaptam, melyet megértettem és tudomásul vettem.**

### **3. Beleegyező nyilatkozat tartalma:**

#### **NYILATKOZAT ALSÓ VÉGTAGON VÉGZETT AMPUTÁCIÓVAL KAPCSOLATBAN**

#### **ALSÓ VÉGTAGON VÉGZETT AMPUTÁCIÓBA BELEEGYZEM.**

Alulírott tudatában vagyok, hogy kezelőorvosom javaslata alapján, betegségem gyógyítására, alsó végtagom amputációja szükséges. Kijelentem, hogy ezen írásbeli tájékoztatót elolvastam (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam), a vizsgálat lényegét megértettem és a vizsgálatmal járó esetleges szövődmények kockázatát vállalom. Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemakert (szívritmus szabályozót), olyan fémprotézist, vagy más fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, amely miatt alsó végtagom amputációja nem végezhető el.

**Ezúton nyilatkozom, hogy a tájékoztatóban foglaltakat megértettem, további igényelt felvilágosítást megkaptam, ..... oldali alsó végtag ..... szintű sebészi eltávolításához (amputációjához)**

hozzájárulok  nem járulok hozzá. (Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

**Tájékoztattak arról, hogy az ellátásom során keletkezett egészségügyi adataim feltöltésre kerülnek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), amihez rajtam kívül az ellátásomat végző egészségügyi szolgáltatók is hozzáférnek.** Tájékoztattak továbbá, hogy az egészségügyi adataimhoz eleve korlátozott a hozzáférés, alapállapotban csak a kezelőorvosom vagy a kezelésben résztvevő orvos férhet hozzá a kezelés ideje alatt. Jogosult vagyok rendelkezni az EESZT által kezelt egészségügyi adataimmal, valamint engedélyezni és korlátozni tudom a hozzáférési jogosultságát az egyes egészségügyi szolgáltatóknak, orvosoknak. Az egészségügyi adataimmal való rendelkezéseimet megtehetem az EESZT lakossági portálján ([www.eeszt.gov.hu](http://www.eeszt.gov.hu)) vagy személyesen ügyintézés keretében bármely Kormányablaknál.

Jelen nyilatkozatom alapján a személyes adatok jogosultja ezennel visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy az Adatkezelő Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatában (<https://www.szentimrekorhaz.hu/hu/adatkezelesiszabalyzat.html>) meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: név, telefonszám, e-mail és egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges

<b>SZENT IMRE EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ</b>	<b>BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT ÁLTALÁNOS SEBÉSZETI PROFIL</b>	<b>FNY1007/14</b> <b>Változat: 2</b>
<b>Tárgy:</b> Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat alsó végtagon végzett amputációval kapcsolatban		<b>Oldalszám: 3/3</b>

egészségügyi adataimat, továbbá a szükséges vagy folyamatban lévő, illetve befejezett gyógykezelésre vonatkozó, valamint a gyógykezeléssel kapcsolatban megismert egyéb adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges esetben továbbítsák. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelet (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseire vonatkozik.

**Döntésemet részletes írásbeli és szóbeli tájékoztatást követően hoztam meg, tisztában vagyok azzal, hogy fenti nyilatkozatomat bármikor, korlátozás nélkül visszavonhatom.**

**Kelkezés helye, ideje:** .....

.....  
(tájékoztató orvos neve  
olvashatóan)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos neve olvashatóan)

.....  
(nyilatkozó személy neve  
olvashatóan)

.....  
(tájékoztató orvos aláírása, orvosi  
pecsétje)

.....  
(műtétet/beavatkozást végző  
orvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....  
(nyilatkozó személy aláírása)

**A klinikai állapot megítélése szerint jogállása\*:**

(Megfelelő részt kérjük „X”-el jelölni!)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> cselekvőképes beteg, de valamely okból kifolyólag fizikálisan képtelen az aláírásra | <input type="checkbox"/> cselekvőképtelen beteg                |
| <input type="checkbox"/> korlátozottan cselekvőképes beteg   | <input type="checkbox"/> nyilatkozattételre jogosult személy** |
| <input type="checkbox"/> törvényes képviselő   |  |

.....  
(kezelőorvos neve olvashatóan)

.....  
(tanú neve)

.....  
(tanú neve)

.....  
(kezelőorvos aláírása, orvosi pecsétje)

.....  
(tanú lakcíme)

.....  
(tanú lakcíme)

\*Jogszabály szerint szellemi szintjének megfelelően a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyt is tájékoztatni kell egészségügyi állapotáról.

\*\*Nyilatkozattételre jogosult személyek azok a közeli hozzátartozók, akik nem törvényes képviselők (nem gondnokok, szülők vagy gyámok), azonban a cselekvőképtelen beteg helyett jogosultak nyilatkozatot tenni.