



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV

IDEG-6/1

<b>A beteg neve:</b>	<b>A betegség/sérülés megnevezése:</b>
<b>A beteg születési dátuma:</b>	• magyarul: <b>Ágyéki porckorongsérv</b>
<b>A beteg lakcíme:</b>	• latinul: <b>Hernia disci intervertebralis</b>
<b>A beteg TAJ-száma:</b>	<b>A beavatkozás neve:</b>
	<b>A beavatkozás oldala:</b> jobb <input type="checkbox"/> bal <input type="checkbox"/>

### **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 szövődéséről.

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, cselekvőképés

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, cselekvőképés

ca)gyermeke,ennek hiányában, cb) szülője, ennek hiányában, cc) testvére, ennek hiányában, cd) nagyszülője, ennek hiányában, ce) unokája



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV IDEG-6/1

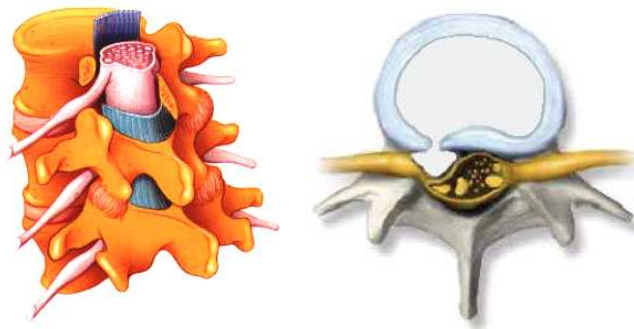
### ☞ A betegség/sérülés megnevezése

A klinikai kép és az elvégzett vizsgálatok ágyéki porckorongsérvet (*hernia disci intervertebralis*) igazoltak.

### ☞ A betegség/sérülés leírása

A betegség lényege, hogy a csigolyák között elhelyezkedő porckorongok valamelyikének elfolyósodó bennébe kitérűmkedik és egy vagy több ideggyöknek nekifeszülve végtagba sugárzó derékfájdalmat, zsibbadást, érzéscsökkenést, vegetatív (vizelet-, székletürítési, esetleg erekciós) zavart vagy végtaggyengeséget okoz. Recidíváról akkor beszélünk, ha a porckorongsérv a korábbi műtét magasságában kiújul.

### ☞ A betegség/sérülés leírása, rajzos kiegészítéssel



### ☞ A műtéti eljárás(ok)

#### 1. Általános megjegyzések:

**A műtét indikációi (a beavatkozás elvégzését indokoló tényezők):**

Abszolút műtéti indikációt jelent a friss, ideggyökhöz köthető végtaggyengeség, a vizelet-, székletürítési, valamint az erekciós zavar. A konzervatív terápiára nem szűnő fájdalom önmagában relatív műtéti indikáció.

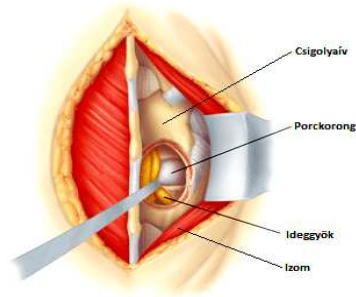
- A műtétet általános érzéstelenítésben, altatásban végezzük, melynek részleteiről, módjáról, kockázatairól és lehetséges szövődményeiről az altatást végző orvos fogja Önt tájékoztatni és kérni írásos beleegyezését.
- A beleegyezés megtörténtének tényét az Ön műtétjét végző orvosa beavatkozás előtt ellenőrzi, ennek hiányában a jelen műtétet nem áll módunkban elvégezni.

#### 2. Az ellátás/műtét folyamata:

Az alkalmazott műtétek, a sérv elhelyezkedésétől függően technikailag különbözőek, közös bennük azonban, hogy az érintett ideggyök/ideggyökök dekompressziójára irányulnak. Általánosságban elmondható, hogy a beteget hasra fektetjük. Műtéti bőrfertőtlenítést követően 4-5 cm hosszú középvonali metszést ejtünk. Az érintett oldalon a gerinc melletti izomzatot a középvonaltól eltartjuk. Ezt követően mikro-sebészeti módszerekkel, operációs mikroszkóp alatt dolgozunk. Ahhoz, hogy a sérvhez, illetve a porckoronghoz hozzáférjünk, a felettük elhelyezkedő sárgaszalagot kimetsszük (*flavotomia*, recidív sérv esetén *reflavotomia* és hegkimetzés, azaz *cicatrectomia*), a csigolyaívek egy részét pedig csontcsípő vagy véső segítségével elvesszük (az eltávolításra kerülő csigolyarész alapján *arcotomia*, *hemilaminectomia*, *laminectomia* vagy *extraforaminalis feltárás*). A gerinc stabilitását mindez nem befolyásolja. Az ideggyököt óvatosan eltartjuk, a sérvet, valamint a korong degenerált tartalmát egyaránt eltávolítjuk. Utóbbi lépéssel (*microdiscectomia*) a sérvkiújulás kockázatát csökkentjük. Mivel a bőrt általában felszívódó varratsorral zárjuk, így varratszedésre nincs szükség.



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV IDEG-6/1



### 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 szövődménymentességéért 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 bekövetkezése az orvos elvárható gondossága és körültekintése mellett betegellátás esetén is kialakulhatnak, és bekövetkezése 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 műtétre. 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 sterilizációs hibából fakadó ún. endogén fertőzés, megfelelő tanúsítvány ellenére előforduló anyaghiba. Mindezek a mindennapi gyakorlatban vérzés, utóvérzés, véletlen sérülés, belső varratelégtelesség, varratkilökődés, sebgyógyulási zavar, a várttól elmaradó gyógyeredmény illetve késői szövődmények (pl. hegesezés vagy hasüregi műtétek utáni belősszenővések 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 protokolloknak megfelelően alkalmazunk trombózis 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, BELEEGYEZÉSI NYILATKOZAT ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV IDEG-6/1

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

- Embólia, trombózis
- Vérzés, utóvérzés
- Fertőzés átvitele
- Sebgyógyulási zavar, sebfertőzés
- Bőr-, ér-, ideg- és lágyszövet-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:

- Végtaggyengeség, bénulás
- Vegetatív zavar
- Agyvíz-csorgás, központi idegrendszeri gyulladás
- Csigolyatest gyulladás (spondylodiscitis), tályogképződés.
- Sérvkiújulás (korai recidíva)

#### ➤Műtét/beavatkozás utáni kezelés

Az operációt követően szigorú ágynyugalom javasolt. A drain-eltávolítás és a kórházi bent fekvés idejét elsősorban a klinikai kép és a kontroll labor-, ill. képalkotó vizsgálatok eredményeinek alakulása határozza meg. A gyógyszeres kezelés és a rehabilitáció hónapokig is eltarthat.

#### ➤Műtét/beavatkozás hatása az életmódra/életminőségre

#### ➤A műtét/beavatkozás lehetséges alternatívái

Konzervatív kezelés, azaz antibiotikum terápia, fájdalomcsillapítás, ágynyugalom, gerincfűző viselése.

#### ➤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

Maradandó károsodások, panaszok fokozódása, krónikus fájdalom-szindróma kialakulása, végtaggyengeség, bénulás, vegetatív zavar, gerincvelő károsodás, csigolya deformitás, súlyos gyulladásos állapot.

#### ➤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 testrészemnek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, a beavatkozás kiterjesztése – erre irányuló beleegyezésem hiányában – csak közvetlen életveszély



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV IDEG-6/1

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 szervemnek vagy testrészemnek elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne.

### ➔Kérjük, segítsen nekünk.....

...azzal, hogy a fenti ismertető át tanulmányozása 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.		

### ➔Kérjük válaszoljon kérdéseinkre...

1.	Szed-e (gondozottja) rendszeresen gyógyszert?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> em (ha igen, a következő(ke)t):	
2.	Ismert-e allergia (pl.: gyógyszer, élelmiszer, ragtapasz stb.)?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> em (ha igen, akkor milyen):	
3.	Tud-e anyagcsere-zavarról (pl.: cukorbetegség, ún. tárolási betegségek):	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> em (ha igen, a következő(ke)t):	



## BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV IDEG-6/1

4.	Tud-e öröklött vagy szerzett vérzékenységről?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> em (ha Igen, a következő(ke)t):	
5.	Tud-e öröklött vagy szerzett fokozott vérrög-képződési /trombózis) hajlamáról, betegségéről?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> em (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 műtétel/beavatkozással kapcsolatos altatás/éztelenítés 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:	

### ☛ Beleegyző 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.
- 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 beleegyzem abba, hogy rajtam (gondozottamon) az alábbi kezelést, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék.

.....  
A beavatkozás/műtét tervezett dátuma



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT**  
**ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV**  
IDEG-6/1

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	

.....  
A beteg vagy a nyilatkozattételre jogosult személy aláírása

.....  
1. Tanú aláírása:

Neve:

Anyja neve:

Lakcíme:



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT**  
**ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV**  
IDEG-6/1

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	

.....-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:





**BETEGTÁJÉKOZTATÓ, BELEEGYZÉSI NYILATKOZAT**  
**ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV**  
IDEG-6/1

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/beleegyző nyilatkozatot elolvastam, annak elolvasásához megfelelő idő állt rendelkezésemre, az abban foglalt közléseket és tájékoztatást megértettem, kérdéseimre világos és érhető 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.