

Paarl Mediese Sentrum 8  
Berlynstraat  
Paarl

Werk: +27 (0) 21 872 3026  
Faks: +27 (0) 21 872 6800  
Sel: +27 (0) 82 449 7511  
Epos: drdbotes@iafrica.com



**DR DAAN BOTES**

MB.ChB. (UOVS), MMed. (Orthop) (US)

**ORTOPEDIESE CHIRURG**

PRAKTYK NR – 2803860  
Ingelyf – 98/09383/21

## PASIËNT TOESTEMMINGSVORM – TOTALE HEUP VERVANGING (THV)

Pasiënt Naam: \_\_\_\_\_

Leër No: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

THV: R / L / Bilateraal

### BEVESTIGING VAN TOESTEMMING

Ek, die bogenoemde en ondergetekende, in my eie hoedanigheid gee hiermee toestemming tot chirurgie en die bestuur van my huidige siekte(s) en gee verdere toestemming aan Dr DW Botes, ortopediese chirurg, om 'n THV ortopediese prosedure op my uit te voer.

1. Ek het **die brosjure gelees** wat aan my verskaf is, en het die prosedure met **Dr D W Botes** bespreek. **Ek verstaan die risiko(s)** en \*komplikasies soos aan my verduidelik. Ek het 'n **groepsinligting sessie** in Dr D Botes se spreekkamers bygewoon op \_\_\_\_\_ waar ek geleentheid gehad het om my bekommernisse uit te spreek en vrae te vra.
2. Ek **verstaan** dat ek voor die prosedure die geleentheid sal kry om die narkose proses met 'n narkotiseur te bespreek.
3. Ek **gee toestemming** tot 'n bloedoortapping indien ek dit sou benodig.
4. Ek **gee toestemming** dat daar op die diskresie van die chirurg 'n VIGS bloedtoets op my uitgevoer mag word indien daar tydens my behandeling 'n insident plaasvind wat 'n gesondheidsrisiko vir 'n lid/lede van die behandelingspan inhou.
5. Ek **verstaan** dat enige prosedure bykomend tot dié wat beskryf is op hierdie vorm slegs uitgevoer sal word indien dit nodig sou wees om my lewe te red of ernstige skade aan my gesondheid te voorkom. Ek **gee toestemming** tot so 'n verandering in die omvang van die operasie. Ek **verstaan** dat daar ook ander moontlike, baie ongewone, potensiele komplikasies van hierdie prosedure mag voorkom wat nie op die lys op die volgende bladsy vermeld word nie.
6. Ek is **wetlik** geregtig om toestemming te gee vir hierdie operasie.
7. Ek gee toestemming vir die gebruik van rekenaar of robot ondersteunde tegnieke tydens die operasie
8. Ek stem in dat data wat deur my operasie genereer word op 'n anonieme basis gebruik kan word vir navorsing. Ek stem in dat 'n protese verteenwoordiger in die teater teenwoordig mag wees.
9. Ek verstaan dat daar huidig spesifieke Covid-19 verwante risikos is, veral as gevolg van die feit dat 'n groot groep persone wat Covid positief toets geen simptome van die siekte vertoon nie.
10. Daar is huidig geen aktiewe behandeling vir Covid-19 nie en vaksienes sal waarskynlik eers oor 6 -12 maande beskikbaar wees
11. Covid-19 infeksie is 'n ernstige siekte wat kan lei tot die dood veral in ouer mense, waar daar meegaande siektes is en wanneer operasies gedoen word wat lank duur.
12. Alhoewel ek nou volkome gesond voel verstaan ek dat ek wel met die virus geïnfekteer kan raak met die risiko van ernstige siekte en dat dit selfs tot die dood kan lei.

Handtekening van pasiënt: **X** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening van getuie: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening van chirurg: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## **PASIENT TOESTEMMINGSVORM – TOTALE HEUP VERVANGING (THV)**

### **LYS VAN MOONTLIKE KOMPLIKASIES:**

#### **I. Algemeen**

- a. Bloed klonte (binne aarse trombose)
- b. Oormatige bloeding
- c. Aangaande pyn
- d. Prostese verwering / slytasie / losgaan / fraktuur
- e. Veranderde been lengtes
- f. Gewrigs- / prostese dislokasie

#### **II. Minder Algemeen**

- a. Infeksies insluitende Covid-19.

#### **III. Raar**

- a. Wondgenesingsprobleme
- b. Senuwee beskadiging
- c. Been beskadiging / fraktuur
- d. Bloedvate beskadiging
- e. Longembolisme

#### **IV. Baie Raar**

- a. Dood