

NYILATKOZAT MŰTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL
Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: Achilles-ín sérülés műtéti kezelése

Alulírott **#!NEV;** Szül.idő: **#!SZULIDO;**

TAJ: **#!TAL TAGOLT;** az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem **#!KEZORV;** az alábbiakról világosított fel.
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **műtétet, beavatkozást** elvégezzék:
ínvarrat/ínrekonstrukció (az ín folytonosságának helyreállítása)

A betegség megnevezés:

*A JOBB/BAL Achilles ín sérülése

Az eljárás célja és technikája:

Az Achilles-ín sérülés műtéti kezelése: A műtétet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben, vértelenítő mandzsetta felhelyezése mellett vagy anélkül, oldalt vagy hason fekvésben végezzük. Az ínvarrathoz megfelelő feltárássra van szükség, melyet a szakma szabályai szerint végzünk, szükség esetén azt meghosszabbítjuk. Az ín folytonosságának és hosszának helyreállításához szükséges ínvarratot a sérülés típusa szerint választott felszívódó vagy fel nem szívódó anyagból készült öltésekkel végezzük. Egyes esetekben szükség lehet kiegészítő ínrekonstrukciós beavatkozásra, úgymint V-Y ínhosszabbítás, ínát helyezés vagy ínlehorgonyzás. A műtét utáni szakban sebgyógyulásig (kb. 2 hétre) gipszrögzítést helyezünk fel, majd további 6 hétre speciális járócsizmában folytatjuk a kezelést. Ezt további néhány hét gyógytorna-kezelés követi, és a teljes gyógyulás a sérüléstől számítva kb. 12–16 hétig tart.

A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:

A beavatkozás/műtét előnyei: Az Achilles-ín folytonosságának és működésének helyreállítása.

A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei: Azokban az esetekben, ahol ín műtéti helyreállítása indokolt vagy konzervatív kezelés nem alkalmazható (pl. nyílt ínsérülés), a műtéti ellátás (ínvarrat) nélkül az ín gyógyulásának zavara léphet fel, ennek következtében maradandó mozgás- és funkciózavar alakulhat ki. Előfordulhat olyan súlyos ronsolt, szennyezett sérülés is, amelynél ínvarrat nem végezhető, melynek következményei vagy maradványtünetei valószínűek.

Az eljárás esetleges veszélyei:

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Műtét alatti szövődmények lehetnek:

- Ér-, ideg- és ínsérülések, melyek jelentős része azonban még a műtét alatt észrevehető és helyrehozható.
- A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebváladékozás, sebkörnyéki vérömleny, felületes és mély lágyrészfertőzések. Ez seb-, íngyógyulási zavarhoz vezethet, amely további műtéteket indokolhat. Fertőzések akár a végtagot, akár az életet veszélyeztető állapothoz is vezethetnek.
- Bekövetkezhet az ínvarrat elégtelensége, mely további műtétet tehet szükségessé.
- Végtagfunkciózavar, úgymint ízületi mozgáskorlátozottság, izomsorvadás, izomerőcsökkenés, ismert következményei az Achilles-ínsérüléseknek, melyek megelőzését célozza a kezelés. Ezek sikeres kezelés ellenére is, de szövődmények esetén még gyakrabban előfordulhatnak.
- Maradványtünetek, úgymint fájdalom, végtagduzzanat, ízületi mozgáskorlátozottság, tartós maradhatnak. Súlyos esetben idült fájdalomszindróma is felléphet.
- Vérrögösödés is előfordulhat az alsó végtagi visszerekben (úgynevezett mélyvénás trombózis), melynek következménye lehet a tüdőerek eltömeszelődése is (tüdőembólia).
- Szövődmények kialakulásának okozói lehetnek korábban fennálló egyéb kísérőbetegségek is (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség stb.).
- Műtét után természetesen tájékoztatni fogjuk Önt a valós műtéti helyzetről és az elvégzett beavatkozásról. A végtagfunkció közel teljes mértékű visszanyerése az esetek nagy részében sikeres, de ennek mértéke széles tartományban van és az egyéntől is függ.

- A műtéttel összefüggő szövődményeken túl vannak olyan komplikációk, melyek nem közvetlen műtéti beavatkozás következményei, hanem hosszas kórházi kezelés és a mozgásképeség elvesztésének velejárói, pl. tüdőgyulladás, felfekvés. Ezek, illetve a fentiek kombinációja akár életet veszélyeztető állapotig romolhat.
3. Kijelentem, hogy a műtét, beavatkozás, kezelés természetéről és céljáról, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelelő tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
 4. A műtéti beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a műtét alatt sükség helyzetben adódhatnak, egyetérték** (pl. a tervezett műtéttől való eltérés).
 5. Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövet-tani vizsgálatra kerülnek, továbbá *beleegyezem / nem egyezem bele* * azok esetleges további felhasználásába.
 6. *Beleegyezem / nem egyezem bele* *, hogy a műtét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.
 7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett - nemcsak orvosok, hanem **orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók** is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.
 8. Tudomásul veszem, hogy az **egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátás érdekében** műtétemet vagy rajtam végzendő beavatkozást a vezető főorvos vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény előírásainak figyelembevételével.
 9. A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha állapotom változása újabb vizsgálatokat, illetve beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a műtétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok.

***a nem kívánt rész törlendő**

Dátum: #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő vagy
döntésekben kompetens/
meghatalmazott hozzátartozó aláírása