

NYILATKOZAT MŰTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: csukló (orsócsont/radius) törés műtéti ellátása

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

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

1. Tanúsítom, hogy engem **#!KEZORV;** az alábbiakról világosított fel.
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **műtétet, beavatkozást** elvégezzék: csontegyesítő műtét

A betegség megnevezés:

A JOBB/BAL* csukló (az orsócsont -radius- csuklóízület közeli részének) törése

Az eljárás célja és technikája:

Fedett vagy nyílt töréshelyretétel és csontegyesítő műtét: A műtétet röntgenképerősítő kontrollja mellett, vértelenítő mandzsetta használatával, szükséges nagyságú feltárásból, az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. Műtét során a törést helyre illesztve azt tűződróttal, lemezes-csavaros csontegyesítéssel rögzítjük. A műtét utáni időszakban 2-4-6 hétig gipszet helyezünk fel a választott eljárásnak megfelelően, melyet a további tervvel együtt hazabocsátáskor meghatározunk.

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

A beavatkozás/műtét előnyei: Az orsócsont és csukló ízület anatómiájának és funkciójának helyreállítása, a csukló mozgásterjedelmének megtartása.

A javasolt beavatkozás/műtét elmaradásának lehetséges következményei: Elmozdulással járó törés esetén állízület vagy rossz helyzetben gyógyult törés lehetősége áll fenn. Ez a csuklómozgások beszűküléséhez, fájdalmasságához, csukló-kéz funkció zavarához, illetve esztétikai hátrányhoz vezethet.

Az eljárás esetleges veszélyei:

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat.

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. A kis metszések alkalmazása a sebgyógyulást segíti elő, azonban ettől függetlenül a műtét nagy kockázatú, komoly beavatkozás.

Műtét alatt szövődmények lehetnek:

- Ér-, ideg-, insérülés. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható.
- A műtét utáni szakban előfordulhat utóvérzés, sebgyógyulási zavar, illetve, mély lágyrész- és csontfertőzések. Ezek további műtéteket indokolhatnak és akár végtagot vagy életet veszélyeztető állapot kialakulásához is vezethetnek.
- Előfordulhat vérrögösödés (mélyvénás trombózis) és a tüdőerek eltömeszelődése (tüdőembólia).
- A törés gyógyulásában bekövetkezhetnek korai elmozdulás, elhúzódo gyógyulás, állízület képződés. A fémananyag eltörhet, elmozdulhat és további műtetre lehet szükség.
- A végtag funkciójának visszatérése egyéni mértékű; sok tényező befolyásolja; maradványtünetek gyakoriak. Ezeket konzervatív vagy műtéti úton kezeljük tovább, amennyiben szükséges, pl. ortézis vagy korrekciós műtét.
- Végtagduzzanat, ízületi mozgáskorlátozottság tartós maradhat. Súlyos esetben idült fájdalomszindróma is felléphet.
- Szövődmények kialakulásának okozója lehet fennálló egyéb kísérőbetegség(ek) is (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség stb.). A műtéttel összefüggő szövődményekeken túl vannak olyan komplikációk, melyek nem közvetlen műtéti beavatkozás következményei, hanem hosszas kórházi kezelés, immobilizáció velejárói, pl. tüdőgyulladás, felfekvés. Akár életet veszélyeztető állapot is kialakulhat.
- 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 szükséghelyzetben 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 kórszövettani 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. Tudomásul veszem, 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: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása

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