

## NYILATKOZAT MÚTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

### Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: Csuklótáji idegleszorítás (kéztő vagy carpalis alagút tünetegyüttes) műtéti kezelése

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:  
JOBB/BAL\* csuklótáji (kéztő vagy carpalis) alagút sebészi felszabadítása

#### **A betegség rövid leírása:**

Csuklótáji idegleszorítás, más néven kéztői (carpalis) alagút tünetegyüttes vagy carpal tunnel syndrome, a csukló tenyérfelőli területén kialakult, az ott futó ideg leszorítása által kiváltott tünetegyüttes. A csukló tenyéri felszínén az ún. carpalis alagútban a kéz egyik fő ellátó idege, a kilenc hajlítónnal együtt fut, az alkarról a kézre. A tünetek és panaszok akkor jelentkeznek, amikor a csatornán belüli nyomás miatt valamilyen gyulladásos, degeneratív folyamat, illetve hegesedés lép fel, és az alagút tere beszűkül, mely ezt az ideget összeszorítja. Amikor a nyomás eléri azt a szintet, mely az ideg működését befolyásolja, zsibbadás, fájdalom, villanyozó érzés jelentkezhet a kézben és az ujjakban, súlyosabb esetben a hüvelykujjpárna izomzatának gyengülése, sorvadása is kialakulhat. Később a hüvelykujj párna izmai elsorvadnak, továbbá az érzékelés az ujjak végén teljesen megszűnik, amely a kéz funkciózavarához, sérülékenységéhez vezethet. A páciens gyakran észleli, hogy a kéz szorítóereje csökkent, és gyakran kiejti a tárgyakat a kezéből.

#### **Az eljárás célja és technikája:**

A műtét során az ideget leszorító haránt tenyéri szalag átvágásával az ideget felszabadítjuk. A bőrmetszés kiterjedése különböző lehet, de a cél azonos: felszabadítani, megnagyobbítani a csatornát és csökkenteni az idegekre ható nyomást. A műtét kiegészítéseként néha az inakat körülvevő gyulladásos szövetszaporulatot is el kell távolítani

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

**A műtét elmaradása esetén:** a fájdalom, érzészavar fokozódik, a kéz fogófunkciója nagymértékben csökken. Idővel az idegi károsodás maradandóvá válik.

**A műtét várható eredménye:** műtét után a panaszok jelentősen csökkennek, illetve megszűnnek. A zsibbadás és a fájdalom egyénenként különböző gyorsasággal múlhatnak el. A szorítóerő visszatérése, a kéz eredeti aktivitásának helyreállítása akár hónapokat is igénybe vehet.

#### **Az eljárás esetleges veszélyei:**

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. A kis metszések alkalmazása természetesen nem jelent kis műtétet.

A műtét fő kockázatai a következők:

- felületes vagy mély szövetek fertőzése: a műtét utáni szakban előfordulhat utóvérzés, sebkörnyéki vérömleny, sebváladékozás, akár a mély lágyrészek fertőzése.
- sebgyógyulás zavar, bekövetkezhet a varrat kiszakadása, sebszétválás, hegesedés.
- ér-, ín-, idegsérülés, mely maradandó károsodással járhat (érezészavar, hüvelykujj mozgásainak kiesése), hajlítói inak működészavara, mozgászavar, ízületi mozgáskorlátozottság és a kéz funkció zavara.
- Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható.
- Ritkán, de előfordulhatnak tartós panaszok, úgymint duzzanat, a tünetek fennmaradása, akár fokozódása vagy visszatérte, illetve idült fájdalom tünetegyüttes is. Egyes esetekben előfordul nem teljes gyógyulás, így az a fenti maradványtünetekkel járhat.
- Szövődmények esetén egyéb kezelések, illetve további műtét szükségessége is
- Az elváltozás kiújulása előfordulhat, illetve újabb területeken is megjelenhet.
- Ezen szövődmények kialakulásának okozója lehet fennálló, meglévő kísérőbetegségek (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség stb.).

- Műtét után tájékoztatni fogjuk Önt természetesen a valós műtéti helyzetről és az elvégzett beavatkozásról
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, egyetértek** (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. 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: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása

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