

**NYILATKOZAT MÚTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL**  
**Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: feszítő-ín sérülés 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: *ínvarrat vagy szükségszerű egyéb inműtét (például ínlehgorgonyzás vagy ínrekonstrukció más ín felhasználásával)*

**A betegség megnevezés:**

A JOBB/BAL\* kéz/láb\* ..... feszítő-ínjának sérülése

**Az eljárás célja és technikája:**

Feszítő-ín sérülés műtéti kezelése: A műtétet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben, szükség esetén vértelenítő mandzsetta felhelyezése mellett végezzük. Az ínvarrathoz megfelelő feltáráshoz van szükség. A sérülés sebét szabályok szerint meghosszabbítjuk. Ínvarratot végzünk vagy az ínat a csonthoz visszaillesztjük (reinszerció), szükség szerint az ínvarratot tehermentesítjük (az érintett ízület dróttűzésével és/vagy gipszín felhelyezésével). Egyes esetekben szükség lehet a sérült ín más helyről vett innal való pótlására, így azzal végezzük a helyreállítást, más néven rekonstrukciót.

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

**A beavatkozás/műtét előnyei:** Műtét során direkt ínvarratot vagy az ín csonthoz való visszarögzítést (reinszerciót) vagy ínát helyezést, szükség esetén kétszakaszos ínpótlást végzünk. A műtéttel lehetőség nyílik a csukló-kéz-ujjak vagy a boka-láb-lábujjak funkciójának részleges vagy teljes helyreállítására.

**A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:** Az esetek többségében konzervatív (nem műtéti) kezelés nem alkalmazható, mert varrat nélkül az ín gyógyulása nem várható, feladatát nem tudja ellátni. Ennek következtében mozgászavar alakul ki. Csak nagyon idős kor esetén, rossz általános állapotú beteg esetén vagy súlyosan roncsolt, szennyezett, vagy más okból nem operálható esetben alkalmazunk csupán gipszrögzítést. Rekonstrukcióra nem alkalmas ín sérülések esetén jön szóba az ízület ideiglenes vagy végleges elmerévitése.

**Az eljárás esetleges veszélyei:**

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

Műtét alatt szövődmény lehetséges:

- A környező anatómiai képletek, erek, ín, idegek sérülése és súlyosabb esetben akár ismételt műtét is szükséges lehet. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható.
- A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebváladékozás, sebkörnyéki vérömleny, felületes és mély lágyrészfertőzések. Ez seb-, csontgyógyulási zavarhoz vezethet, amely további műtéteket indokolhat. Fertőzések akár a végtagot, akár az életet veszélyeztető állapothoz is vezethetnek.
- A gyógyulásban bekövetkezhetnek: a varrat szakadása, mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Szövődmények esetén akár ismételt műtét is szükséges lehet.
- Maradványtünetek, úgymint fájdalom, végtagduzzanat, ízületi mozgáskorlátozottság, a végtag funkciójának károsodása, illetve annak visszanyerésének elmaradása, tartós maradhatnak. Súlyos esetben idült fájdalom szindróma 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 szükséghelyzetben adódhatnak, egyetérték** (pl. a tervezett műtéttől való eltérés).
  5. Tudomásul veszem, hogy a műtétem, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, mikrobiológiai és/vagy patológiai (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;

tájékoztató orvos aláírása

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