

NYILATKOZAT MÚTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: tenyéri kötőszöveti hegesedés (Dupuytren contractura) 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:

A JOBB/BAL* kéz tenyéri bőnye hegesedésének kimetszése

A betegség megnevezés:

A kéz tenyéri felszínén a bőr alatt, az ínakat egy kötőszövetes réteg, ún. bőnye védi, valamint a fogásban segíti a kéz funkcióját. Feltételezhetően örökletes tényezők közrejátszása miatt, egyeseknél ez a bőnye hegesedésnek indul és a bőrt, majd az ujjakat is deformálja, a kéz működését gátolhatja. Ilyenkor alakul ki az ujjak hajlított helyzetével járó úgynevezett Dupuytren-kontraktúra (contractura).

Az eljárás célja és technikája:

Tenyéri kötőszöveti hegesedés műtéti kezelése: A műtétet vértelenységben, aneszteziológus által választott érzéstelenítésben végezzük. A kéz tenyéri oldalán az elváltozás felett vezetett metszésekből a hegesedést feltárva, annak sebészi kimetszését végezzük, majd az ujjak hajlított helyzetének (kontraktúrák) oldását végezzük, és a sebet gyakran a plasztikai sebészeti elveknek megfelelően Z alakú metszéseket használva és a bőrlebenséket elforgatva zárjuk.

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

A javasolt beavatkozás előnyei: A panaszokat okozó elváltozás eltávolítása, mely mind kozmetikailag, mind funkcionálisan előnyös. Eredményeként részben vagy teljesen megszüntethető az ujjak funkcióját zavaró hegesedés.

A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei: A hegesedés növekedésével eltávolítása nehezebb, nagyobb feltárást igényelhet, növekedése során erek, idegeket károsíthat, ezekkel együtt a felső végtag használhatóságát csökkentik, a hegesedés okozta funkció károsodás az ujjak ízületeinek mozgását oly mértékben is károsíthatja, mely akár maradandó mozgáskárosodást okozhat, akár az ujjak amputációját szükségessé teheti.

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:

- ér-, ín-, idegsérülés, melyek jelentős része azonban még a műtét alatt észrevehető és helyrehozható, ellenkező esetben maradandó károsodással jár, például érzékszavar, vagy az érintett ujj mozgásainak korlátozottsága a hajlító ín működészavara miatt és/vagy az ízületi mozgáskorlátozottság miatt, melyek a kéz funkciózavarát okozhatják.
- sebgyógyulás zavar, bekövetkezhet a varratok elégtelensége vagy az érintett bőrterület elhalása,
- 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.
- Maradványtünetek, úgymint fájdalom, duzzanat, ízületi mozgáskorlátozottság, tartósak maradhatnak. Súlyos esetben idült fájdalom szindróma is felléphet.
- Az elváltozás kiújulása előfordulhat, illetve újabb területeken is megjelenhet. A tünetek visszatérte esetén újabb műtétre is szükség lehet
- Szövődmények esetén egyéb kezelések, illetve további műtétek is szükségessé válhatnak
- 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, 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