

NYILATKOZAT M TÉTI BELEEGYEZÉS R L
Térd körüli korrekciós osteotomiák m tété és betegtájékoztató

Alulírott #INEV;, #!BIRSZAM; #!BVAROS;, #!BUTCA; szám alatti lakos, az alábbi nyilatkozatot teszem:

1. Tanúsítom, hogy engem dr _____ az alábbiakról világosított fel.
2. Beleegyezem, hogy rajtam az alábbi **m tétet, beavatkozást** elvégezzék:

Az eljárás célja:

A térdízület rossz tengelyállásából adódó egyenetlen terhelés, a következményes korai porc kopás és ízületi deformitás, illetve a szalagok túlterhelés okozta megnyúlásának megelőzése, az ízület korai degenerációjának késleltetése. A már fellépett fájdalmak csökkentése.

Az eljárás technikája:

Ha deformitás f leg a combcsonton található, a tengelyeltérés irányától függ en, a combcsont térd feletti szakaszából kifelé, vagy befelé néz bázisú éket veszünk ki, ezen az oldalon ejtett metszésb l. A törvégeket rendszerint stabil bels rögzítést biztosító fémllemezrel és csavarokkal egyesítjük. A m tét helyér l az utóvérzést szívódrainnel távolítjuk el. A m tét vezetése ágyéki érzéstelenítésben történik. A m tét utáni napon a tornát ágyban megkezdjük, majd a beteg felkelhet, segédeszközzel tehetmentesítve operált végtagját. A m tét után a zavartalan csontgyógyulás érdekében tehermentesítés szükséges, a beteg a kórházból segédeszközzel járóképesen távozhat. Az antithromboticus profilaxis céljából alkalmazott heparinkészítmény injekcióra a m tét l 6 hétig van szükség. A varratok eltávolítására kb. a 10. napon kerül sor. A beteg otthonában gyógytornász segítségére lehet szükség, a házi betegápolás keretében.

Amennyiben a görbület a lábszárcsont deformitásának rovására írható, akkor rendszerint ezen végezzük a korrekciót. Az eljárás hasonlóan történik a fent leírtakhoz, itt is törekszünk a m tét utáni ízületi mozgathatóság meg rzésére. Ennek ellenére el fordulhat, hogy egyes esetekben küls rögzítés is szükségessé válik. A csontgyógyulás bekövetkezte után a rögzít anyagok elvesztik funkciójukat, ezért ezek eltávolítását ajánljuk mely a korábbinál kisebb m tégi beavatkozás.

Az eljárás esetleges veszélyei:

A m tét során fennáll az erek, idegek megsérülésének veszélye, mely megfelel m tégi technikával megelőzhet . A m tét utáni utóvérzés, vérömleny, sebgyógyulás, vagy a rögzít fémanyagok kiszakadása (id el tti terhelés, baleset miatt), újabb m tégi feltárást tehet indokolttá. Vérrögképz dés (thrombosis) vagy/és tüd embólia konzervatív kezelést igényelnek.

Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei/következményei:

A fentmaradó deformitás a térdízület korai kopásához, fokozódó torzuláshoz vezet, melynek a korrekciója egyre nehezebbé, kockázatosabbá válik. A kés bb esetleg szükségessé váló protézisbeültetés feltételei romlanak, f leg a megnyúló szalagok miatt. A beteg a fokozódó fájdalom és a járás nehezítettsége miatt elveszti fizikai aktivitását és esend vé válik a keringési betegségekre.

3. Kijelentem, hogy a m tét, beavatkozás, kezelés természetér l és céljáról, a várható el nyökr l és az ezekkel járó kockázatokról, a kötelez el vigyázatosság ellenére adódó szöv dmények lehet ségér l, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módozatairól **megfelel tájékoztatást kaptam**. Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.
4. A m tégi beavatkozás során azon **változtatásokkal, amelyek a m tét alatt szükséghelyzetben adódhatnak, egyetértek** (pl. a tervezett m tét l való eltérés).
5. Tudomásul veszem, hogy a m tét, illetve rajtam végzett beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai – és kórszövettani vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.
6. Beleegyezem, hogy a m tét, a beavatkozás, illetve a kezelés menetér l fénykép vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhet vé.
7. Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért **beleegyezem** abba, hogy kezelésemben – felel s 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 szakszer ellátás érdekében** m tétet vagy rajtam végzend beavatkozást a vezető orvos 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 m tétet, beavatkozást, illetve kezelést elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiket a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminem igényt nem támasztok.

Dátum: #!AKTDATUMHONAPNEVVEL;

a tájékoztató orvos aláírása

a beteg, törvényes képviselő vagy

meghatalmazott hozzátartozó aláírása