

NYILATKOZAT MŰTÉTI BELEEGYEZÉSRŐL

Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat a vállcsúcsi (AC) ízületi ficam műtéti ellátásáról

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 kulcsont-lapocka közti ízület átmeneti elmerevítése

A betegség megnevezés:

*JOB/BAL acromio-clavicularis (AC vagy lapocka nyúlvány – kulcsont közötti) ízületi ficam

Az eljárás célja és technikája:

Ezen ízület ficamodása a lapocka és kulcsont közötti szalagok sérülésének a következménye, melyre számos műtéti megoldás áll rendelkezésre. Osztályunkon tűződrótos, menetes drótos, húzóhurkos vagy szögstabil lemezes (ún. Hook-lemez) rögzítést alkalmazunk az ízület stabilizálása és a vállfunkció helyreállítása céljából. A műtétet röntgenképerősítő kontrollja mellett, kis metszésből, az alátörő orvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük, és az időpontját a lágyrészviszonyok határozzák meg.

A műtétet követően 3 hétig az operált végtagot kartartóban rögzítjük, amelyet gyógytorna kezelés követ.

Idősült, panaszokat okozó ficam rekonstrukciója céljából szalagpótlásos műtét végezhető.

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

kockázata:

A beavatkozás/műtét előnyei: A kulcsont-lapocka ízesülésének helyreállítása, egyúttal a váll funkciójának visszaállítása.

A javasolt beavatkozás/műtét elmaradásának lehetséges következményei: Elmozdulással járó sérülés, kulcsont-törés esetén álízület vagy rossz helyzetben gyógyult törés lehetősége áll fenn, ami a vállmozgások beszűküléséhez vagy fájdalmasságához, illetve esztétikai hátrányhoz is vezethet.

Az eljárás esetleges veszélyei:

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

A műtéttel kapcsolatos kockázatok lehetnek:

- A környező anatómiai képletek, erek, inak, 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, csontfertőzés. Ez seb-, csontgyógyulási zavarhoz vezethet, amely további műtéteket indokolhat. Fertőzések akár a végtagot, akár az életet veszélyeztető állapothoz is vezethetnek.
- Nem kedvező helyzetben gyógyuló sérülés: A ficam/törés gyógyulásban bekövetkezhet korai elmozdulás, elhúzódó gyógyulás, álízület képződés, ín-, bőr-, ízületi hegesedés, mely ízületi mozgás beszűkülését okozhatja, a vállfunkció javulásának elmaradása, tartós fájdalom vagy duzzanat keletkezhet.
- Előfordulhat a beavatkozás sikertelensége, a beültetett fémanyag kimozdulása, törése, illetve általa okozott szöveti reakció
- 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 fájdalomszindróma is felléphet.
- Vérrögösödés is előfordulhat a 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, 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;

tájékoztató orvos aláírása

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