

## NYILATKOZAT MŰTÉTI BELEEGYZÉSÉRŐL

### Beteg tájékoztató és beleegyező nyilatkozat: a hüvelykujjat mozgató ínak és ínhüvelygyulladásának (Tendovaginitis crepitans De Quervaini) műtéti megoldása

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:

A JOBB/BAL\* csukló hüvelykujj mozgató ínak ínhüvelyének bemetszése

#### **A betegség megnevezés:**

A De Quervain-szindróma (vagy tenosynovitis) a csukló hüvelykujj-oldali fájdalmas ínhüvelygyulladása, amelyet a hüvelykujjat mozgató ínak (extensor pollicis brevis, abductor pollicis longus) ismétlődő gyulladása okoz. Jellemzően a csukló ismétlődő, csavaró mozgatai, túlterhelés következtében alakul ki.

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

A kezelés kezdetben konzervatív, pihenést, rögzítést, gyulladáscsökkentőket jelent, de erre nem javuló esetek műtétet igényelnek. Ennek során a bőrmetszés a csuklón a hüvelykujj felőli oldalán az érintett ín felett történik, és az ínhüvely behasításával megszüntetjük a fájdalmas összenövéseket.

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

**kockázatait:** **A beavatkozás/műtét előnyei:** Cél a kóros állapot, az ín körüli gyulladás megszüntetése, illetve funkció javítása, az elakadás, megszüntetése, a csukló és az ujjak fájdalom nélküli, teljes mozgásterjedelmének helyreállítása **A javasolt beavatkozás/műtét elmaradásának lehetséges következményei:** A fájdalom további fokozódása, az ujj egyre gyakoribb elakadása, mely a kéz használatában problémát okoz. Később az ujjak ízületeiben visszafordíthatatlan zsugorodások alakulnak ki.

#### **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:

- A környező anatómiai képletek, erek, ínak, 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 sebgyógyulási zavarhoz vezethet, amely további műtéteket indokolhat. Fertőzések akár a végtagot, akár az életet veszélyeztető állapothoz is vezethetnek.
- A gyógyulásban bekövetkezhetnek a varrat elégtelensége vagy szakadása, nem teljes gyógyulás, elhúzódó gyógyulás, ín-, bőr- és ízületi hegesedés, amelyek ízületi mozgás beszűkülését okozhatják, maradandó károsodással járhat (érezésvavar, hüvelykujj mozgásainak kiesése), hajlító ínak működészavara, mozgászavar, ízületi mozgáskorlátozottság és a kéz funkció zavara
- Az elválkozás kiújulása előfordulhat, illetve újabb területeken is megjelenhet.
- 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 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 sürgősségi helyzetben 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