



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Arthroszkópos / nyílt akromionplasztika műtét

EHB 7-09/00-43

Változat: 1
Hatályba lépés:
2017-01-09

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

Telephely megnevezése:

Telephely címe:

OSZTALY NEVE:

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

TAJ szám:

Anyja neve:

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában

b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes

ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában

bc) szülője, ennek hiányában

bd) testvére, ennek hiányában

be) nagyszülője, ennek hiányában

bf) unokája

c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes

ca) gyermeke, ennek hiányában

cb) szülője, ennek hiányában

cc) testvére, ennek hiányában

cd) nagyszülője, ennek hiányában

cc) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:
Címe:
Telefonszáma:

1./ **Betegség megnevezése** fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul):

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

Az eljárás célja: A váll ütődéses szindrómája (impingement szindróma – mely során a bizonyos mozdulatokra a felkarcsont nekiütődik az akromionnak /a lapocka hollócsőr nyúlványának/) következtében jelentkező fájdalom csökkentése és mozgáskorlátozottság javítása oly módon, hogy az itt futó ín és a felkarcsont rendelkezésére álló teret megnöveljük.

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

Az eljárás esetleges veszélyei: Műtétet követően felléphet a seb fertőzése, vérömleny (haematoma) kialakulása, illetve az izomzat letapadása következtében a mozgásbeszűkülés, mely a válltorna során rendszerint oldódik. Ritkán előfordulhat ér- és idegkárosodás. Vértrombosztódás (thrombosis), vérrög beekelődése a tüdőérbe (tüdőembólia) a felső végtagi műtéteknél rendkívül ritka.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- személyre szabott kockázatok:

6./ Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei: A vállfájdalom további fokozódása, a mozgásterjedelem jelentősebb beszűkülése. Kialakulhat a rotátorköpeny szakadása. Ha esetleg későbbiekben mégis sor kerül a műtétre, a műtét eredményessége csökkenhet és a szövödmények kialakulásának esélye növekedhet, illetve az időközben esetlegesen kialakult szakadás következtében nagyobb műtét végzése szükséges.

7./ Más kezelési lehetőségek: Fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedése, lokálisan adott szteroid+fájdalomcsillapító injekció adása, fizioterápia, gyógytorna, reumatológiai és gyógyfürdőkezelés, tehát összességében az un. konzervatív (nem műtéti) kezelési lehetőségek. A műtét elvégzése akkor javasolt, ha ezen eljárások tartós javulást nem eredményeztek.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Az akromionplasztikát rendszerint vezetésszerű (plexus) érzéstelenítésben, ritkábban altatásban végezzük (lásd anaesthesiológiai tájékoztató, beleegyezés). A műtét a váll arthroscópiájával (tükrözésével) kezdődik, amely során felmérjük az ízület állapotát, megtekintjük a rotátorköpeny mindkét oldalát esetleges szakadás fennállásának tisztázása céljából. Amennyiben az izomzat teljes vastagságát érintő szakadás nincs, arthroscóposan elvégezzük az akromionplasztikát. A váll hátsó, oldalsó és esetenként elülső részén bevezetett műszerekkel először a hollócsőr nyúlvány alsó felszínén tapadó, feszes szalagot választjuk le, majd a csontos nyúlvány első-alsó részéből távolítunk el kb. 5-6 mm-nyi csontot, megnövelve így a csont alatti teret, amely az itt futó ín panaszmentes működéséhez szükséges. Amennyiben arthroscóposan valamilyen oknál fogva nem érhető el megfelelő tér-növelés (decompresszió), nyitott feltárással folytatjuk a műtétet: A váll elülső-oldalsó területén ejtett kb. 5-8 cm-es metszésből – a delta izomzat rostjait szétválasztva, kis területen leválasztva azt a csonttól – feltárjuk a hollócsőr nyúlvány alatti területet. A lapocka hollócsőr nyúlványáról leválasztjuk az ott tapadó feszes szalagot, és a csont elülső-alsó részéből vékony, többnyire degeneratívan megvastagodott kb. 5-6 mm-es csontos réteget eltávolítunk, megnövelve így a rotátorköpeny rendelkezésére álló, korábban beszűkült teret. Gondos vérzéscsillapítást követően a sebet varratokkal zárjuk be.

Mind arthroscópos, mind nyitott műtét esetén, a műtét végén a műtéti területre vékony műanyag csövet vezetünk, melyen keresztül a műtét után, szükség esetén fájdalomcsillapítót lehet beadni, és a műtét másnapján meg lehet kezdeni a válltornát. Az arthroscópia során ejtett kicsiny bőrmetszéseket rendszerint nem szükséges varratokkal zárni, nyitott műtét esetén gondos vérzéscsillapítás után varratokkal zárjuk be a sebet. Műtétet követően a vállat levehető kartartóban rögzítjük néhány napig. A kartartó elhagyható, amint a beteg nem igényli azt. Műtétet követően többnyire 2-3 napot szükséges kórházban maradni, ami alatt a műtéti fájdalom jelentős mértékben csökken, és a beteg megtanulja az otthon végzendő válltornát. Kontroll vizsgálat kb. 6 héttel a műtét után esedékes.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésem adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megisméltése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....
.....
.....

Figyelmeztetés!

Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

támogató aláírása

Tájékoztatásról való lemondás

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, aláírva, vagy írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyítóerejű magánokiraton erősítse meg!

.....

.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

kezelőorvos aláírása

beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

tanú (név, lakcím)

tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**