

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

LÁB ÉS ACHILLES ÍN REKONSTRUKCIÓS MŰTÉTEK ESETÉN

- Az invazív beavatkozás (műtét) megnevezése:** A láb és az Achilles ín degeneratív, illetve traumás eredetű elváltozásainak korrekciós, helyreállító beavatkozása.
- A beavatkozás célja:** A láb anatómiai viszonyainak helyreállítása, a tengelyek korrekciója, a fájdalom megszüntetése, a mozgás helyreállítása. Az Achilles ín folytonosságának, izom erejének, a boka mozgásának helyreállítása.
- A beavatkozás menete, technikája:** A láb deformitásától, a deformitás mértékétől, típusától függően választott műtét szerint vezetett metszésből vagy metszésekből a lábtő, lábközép és ujjak csontjain korrekciós beavatkozásokat végzünk, szükség szerint vérzéstelenség mellett, és ha szükséges a lágyrészekben is korrigálunk. A csontegyesítést csavarok, tűződrótok segítségével végezzük. Az Achilles ín rekonstrukciója, varrata nyílt módszerrel, az ín varratával történik, krónikus esetben saját ín felhasználása segítségével pótoljuk az inat. Az in rekonstrukció után gipsz-brace rögzítést helyezünk fel. A láb korrekciós műtétei után „post op cipő” használata.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Vérzés, ízületi-, ízület körüli vérömleny kialakulása, érzékszavar, mozgászavar, ér- és idegkárosodás, duzzanat, gyulladás, sebgyógyulás, fájdalom, csontelhalás, álizület, az ízület alkotórészeinek arteficiális károsodása, trombózis, embólia, átmeneti sántítás, a beültetett csavarok, tűződrótok kimozdulása, törése, mozgásbeszűkülés, az ízület túlzott lazasága, halál. A műtétek általános érzéstelenítésével összefüggésben előforduló lehetséges szövődményeket lásd alábbi orvosi vizsgálati lap.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fennálló panaszok visszamaradása, fokozódása, az ízületek, boka további, még ép részeinek károsodása. Súlyos fájdalmak, mozgáskorlátozottság, illetve az ezek által bekövetkezett életminőség romlás, trombózis, embóliaveszély. Az Achilles ín működés kiesése miatt sántítás, az izomerő jelentős csökkenése, fizikai munka, sporttevékenység jelentős mértékű károsodása. A gyógyszeres terápia lehetséges szövődményveszélyének fokozódása (máj, vese, emésztőrendszeri károsodások).
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Amennyiben a műtéti indikáció fennáll, nincs érdemi alternatív terapiás lehetőség. Tüneti kezelésként különböző egyedi gyártású ortoped cipők használata, bandage, szilikon kiegészítők használata. Az Achilles ín szakadás konzervatív kezelése szóba jön részleges sérülés, a műtétet kizáró egyéb körülmény esetén.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

8. Egyénre szabott betegtájékoztatás:

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezeléseim során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezeléseim során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.