

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.

ÁGYÉKI PORCKORONGSÉRV ÉS/VAGY ÁGYÉKI GERINCCSATORNA SZŰKÜLET MŰTÉT

- 1. A betegség leírása:** Az életkor előrehaladtával, ill. fokozott fizikai igénybevételtől a csigolyaközi porckorongok elvesztik víztartalmukat, szerkezetük megváltozik. Ennek következtében rossz mozdulatra, vagy az átlagosnál nagyobb megterhelésre a porckorong tartalmának egy része a hosszanti szalag alá vagy azon átszakadva a gerinccsatornába türemkedik, és az idegyököt és/vagy gerincvelőt nyomja. A porckorongsérvhez gyakran társul még a gerinc-, ill. gyökcsatorna csontos szűkülete is.
- 2. A beavatkozás célja:** A gerinccsatorna képleteinek felszabadítása a nyomás alól, megmentve azokat a végleges károsodástól. A beavatkozás célja megszüntetni a végtagba sugárzó fájdalmat, a várható bénulást megelőzni, vagy a már kialakultat javítani, esetleg meg is szüntetni.
- 3. A beavatkozás menete, technikája:** Az érintett terület felett bőrmetszést ejtünk. Az izompólya behasítása után az izomzatot a szükséges mértékig leválasztjuk a csigolyákról. Az íveket összekötő szalagokat eltávolítjuk és az így megnyílt gerinccsatornából a porckorongsérvet eltávolítjuk, a degenerált porckorongot kiürítjük. Szükség esetén a szűk gerinc-, ill. gyökcsatornát csontosan is felszabadítjuk, a csigolyaív részleges vagy teljes eltávolításával. Amennyiben csak szűkület áll fenn, akkor csak az utóbb leírt eljárást végezzük. A sebet -gondos vérzéscsillapítás és sebrevízió után- szívócső visszahagyásával több rétegben zárjuk.
- 4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Általános szövődményként előfordulhat vérrögösödés, gyógyszerérzékenység. Idegi sérülés esetén lábgyengeség, bénulás, zsibbadás, vizelési-, székelési zavar. Keményagyburok sérülés, agyvíz szivárgás. Sebgyulladás, tályogképződés. Sebgyógyulási zavar. Hasi nagyér sérülés, mely szélsőséges esetben elvérzést is okozhat.
- 5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Tekintettel az idegyöki és/vagy gerincvelői compressiora, lábgyengeség, bénulás, érzészavar, vizelési- és székelési zavar, tartós fájdalom alakulhat ki.
- 6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Bénulásos, ill. vizelési panaszok esetén csak műtéti megoldás jön szóba. Amennyiben ezek nem állnak fent, akkor konzervatív kezelés (gyógyszer, fizioterápia) is szóba jöhet.
- 7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- 8. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!

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 kezelése 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 kezelése 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.