

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.

HÁTI-ÁGYÉKI GERINCSTABILIZÁCIÓ GERINC SÉRÜLÉS, ILLETVE GERINCTÖRÉS ESETÉN

- A beavatkozás célja:** Instabilitással és/vagy idegrendszeri kórjelekkel járó sérülések esetén a gerincsatorna idegképleteinek felszabadítása a nyomás alól és/vagy a sérülés miatt kialakult instabilitás megszüntetése. A beavatkozás a várható idegrendszeri károsodásokat megelőzi, vagy a már kialakultakat javíthatja. A stabilizáció lehetőséget teremt a gerinc csontos elemei számára az így elérhető legjobb statikai helyzetben történő gyógyulásra.
- A beavatkozás menete, technikája:** Az érintett terület felett bőrmetszést ejtünk. Az izompólya behasítása után az izomzatot a szükséges mértékig leválasztjuk a csigolyákról. Amennyiben szükséges, a sárgaszalag/ok/ és a csigolyaív/ek/ részleges vagy teljes eltávolításával feltárjuk a gerincsatornát és az idegképleteket felszabadítjuk. Ezután a sérült csigolya alatt és fölött egy, vagy több csigolyába mindkét oldalon speciális csavarokat hajtunk rögtön képerősítő folyamatos a-p és oldal irányú kontrollja mellett- melyeket mindkét oldalon egy-egy rúddal rögzítünk egymáshoz, sz.e. haránt összekötővel a rudakat is rögzítjük egymáshoz, így alakítva ki a megfelelő stabilitást.
Egyes súlyos esetekben a törött csigolyatest eltávolítása is szükségessé válhat, ebben az esetben a csigolyatestet titán implantátummal és saját csontdarabokkal vagy csontcementtel pótoljuk.
A műtéti területen szívócsövet visszahagyva réteges sebzárást végzünk gondos sebrevízió után.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:** Tekintettel ezen műtéti típusok nagyságára és hosszabb idejére, jelentősebb vérvesztés következhet be, ami vér adását teheti szükségessé. Ideg-és gerincvelő sérülés, ami alsóvégtagi gyengeséget, bénulást, vizeleti-, székelési-, illetve érzészavart okozhat. Sebgyulladás, tályogképződés. Sebgyógyulási zavar. Kemény agyburoksérülés, agyvíz szivárgás. Implantátumok rossz pozíciója. Nagyér sérülés, ami szélsőséges esetben elvérzést is okozhat. Utóvérzés.
Szövődmény esetén annak idejében történt észlelése és a megfelelő beavatkozások, műtét elvégzése javíthatja a károsodások mértékét.
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** Műtét elmaradása, illetve elutasítása esetén idegrendszeri károsodás (bénulás, érzés- széklet- és vizeleti zavar), instabilitás, nem terhelhető gerinc alakulhat ki, tartós fájdalommal.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Csak stabil, idegrendszeri károsodással nem járó gerinc sérülések esetén jöhet szóba más alternatív megoldás, amely a gerinc tartós (legalább 3 hónap) külső rögzítését jelenti.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**

Folytatás a túloldalon!

7. Egyénre szabott betegtájékoztató:

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.