

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Vállizületi reverz (fordított, delta) protézis beültetés ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-33. Verziószám: 1
--	--

Betegadatok

Beteg neve: #!NEV;	TAJ szám: #!TAJ;
Anyja neve: #!BANYJANEVE;	Születési idő: #!SZULIDO;

Cselekvőképтелenség esetén a beleegyezést gyakorló személy adatai (név, szül.idő, anyja neve, lakcím):

Rokonsági foka :

- | | |
|---|---|
| a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes |
| b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes | ca) gyermeke, ennek hiányában |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában | cb) szülője, ennek hiányában |
| bb) gyermeke, ennek hiányában | cc) testvére, ennek hiányában |
| bc) szülője, ennek hiányában | cd) nagyszülője, ennek hiányában |
| bd) testvére, ennek hiányában | ce) unokája |
| be) unokája | |

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

A felkarcsont váll-közeli végének darabos, nagy elmozdulással és /vagy ficammal járó törése, a vállizületet mozgató inas köpeny (ún. rotátor köpeny) sérülésével, elégtelenségével.

2. Beavatkozás megnevezése:

Vállizületi reverz (fordított, delta) protézis beültetés

A műtétet félig ülő helyzetben (beach chair helyzet), szükséges nagyságú, a vállizület elülső felszínén vezetett feltárásból, az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. A műtét során a nem rekonstruálható törtdarabokat eltávolítjuk, és a felkarcsont és a lapocka megfelelő előkészítése után csontcement alkalmazásával vagy cement nélküli technikával művi izületet ültetünk be. Amennyiben lehetőség van rá, a vállizületet mozgató inas köpeny (rotátor köpeny) részlegese/teljes rekonstrukcióját is elvégezzük. A műtét után a végtagot 3-6 hétre kartartóban rögzítjük.

Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:

Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja

3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata:

A beavatkozás/műtét előnyei: A műtét célja egy fájdalomtalan, jól terhelhető művi vállizület létrehozása, mellyel a kar előre és oldalra emelése 140-160 fok körül kivihető, a ki- és berotációs mozgások a protézis kialakítása miatt beszűkülnek. A műtét időpontjában megválasztását a lágyrész viszonyok is befolyásolják.

A javasolt beavatkozás/műtét elmaradásának lehetséges következményei: A csont gyógyulásának elmaradása, állizület képződése. Elmozdulással járó törés esetén rossz helyzetben gyógyult törés lehetősége áll fenn, ami rövidüléssel, tengelyeltéréssel, a vállfunkció beszűkülésével és fájdalommal járhat együtt, valamint jelentkezhet a felső végtagon keringés- és érzészavar.

4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Konzervatív kezelés alkalmazható nagyon idős életkorban, vagy ha a törés valamilyen okból nem operálható. Ez esetben a végtagot kartartóban 2-3 hétig rögzítjük, majd gyógytornakezelést indítunk.

5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Műtét alatt szövődmény lehet vérzés, ér-, idegsérülés. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható. A műtét utáni szakban előfordulhat utóvérzés, sebkörnyéki vérömleny, sebváladákozás, mély lágyrész fertőzések, csontfertőzés. A törés gyógyulásban bekövetkezhet korai elmozdulás, elhúzódó törésgyógyulás, állízület képződés, ín-, bőr-, ízületi hegesedés, mely az ízületi mozgás beszűkülését okozhatja. Amennyiben a műtét során a csont és lágyrész viszonyok miatt stabil helyzetet reverz protézissel elérni nem tudunk, abban az esetben, egy nagy protézis fejjel rendelkező implantátum (CTA impantátum) beültetése jön szóba, amellyel fájdalomtalan helyzet érhető el, de a mozgástartomány minden irányú jelentős beszűkülésével jár együtt. Műtét után tájékoztatni fogjuk Önt természetesen a valós helyzetről és az elvégzett beavatkozásokról is.

6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:

Műtét után csak a legritkább esetben fordul elő, hogy valakinek ne legyen kisebb-nagyobb panasza. Leggyakoribb panaszok: fájdalom, hányinger, hányás, kisebb vérzések, fáradtság, zavartság, delírium, húgyúti fertőzés, láz, székrekedés, sebszétválás, hegesedés. Ezek a panaszok általában a lábadozás idején jelentkeznek, és néhány napon belül enyhülnek vagy teljesen elmúlnak.

7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

A műtét után, a kórházban tartózkodási idő általában 5-10 nap, a műtét követő néhány héten belül aktív mozgások kezdhetők és kivihetők. A teljes mozgástartomány elérése 6-9 hónapon belül várható. A protézis kialakítása miatt a ki- és berotációs mozgások bizonyos fokú beszűkülésére kell számítani.

8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

Felhatalmazom kezelő orvosaimat, hogy ha a körülmények indokolják, a műtétet / beavatkozást a szükséges mértékben, gyógyításom érdekében belátásuk szerint kiterjesszék / megváltoztassák, kivéve:

.....
Tudomásul veszem, hogy a műtét / beavatkozás eredménye előre nem garantálható és hogy a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövödmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Tudomásul veszem, hogy az átlagosnál magasabb kockázatot jelenthet a kivizsgálás során általam a kezelőorvossal nem közölt, vagy a rendelkezésre álló diagnosztikai eszközökkel fel nem derített betegségek, eltérések fennállása.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen beavatkozást szeretnék.

Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozások elutasítására, 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 miatt a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövödményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akik által végzendő beavatkozásokat nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Az alapos ok nélküli visszautasítás esetén a felmerült költségeket meg kell térítenem.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom. Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

Szóbeli tájékoztatást kaptam a fent megnevezett beavatkozásról és elolvastam a fenti betegtájékoztatót

Az általam feltett kérdésekre számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

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

Zalaegerszeg,

.....
tájékoztatót adó orvos
neve aláírása, pecsétje

személy

.....
beteg vagy törvényes képviselő
vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
1. tanú (név, lakcím)

.....
2. tanú (név, lakcím)

2. Beavatkozás visszautasítása:
A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy íráskép telenség esetén, egyúttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....
.....

***Figyelmeztetés!** Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképés beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Zalaegerszeg,*

..... tájékoztatóst adó orvos neve aláírása, pecsét száma, pecsétje személy beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

A beteg íráskép telensége esetén két, egyúttesen jelenlévő tanú aláírása:

..... 1. tanú (név, lakcím) 2. tanú (név, lakcím)
--------------------------------	--------------------------------

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

Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételtlen leírva, aláírva, vagy íráskép telensége esetén két tanú egyúttesen jelenlétében és azok aláírásával ellátott teljes bizonyító erejű magánokiraton erősítse meg!

.....
.....
Zalaegerszeg,

..... tájékoztatóst adó orvos neve aláírása, pecsét száma, pecsétje személy beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
--	---

A beteg íráskép telensége esetén két, egyúttesen jelenlévő tanú aláírása:

..... 1. tanú (név, lakcím) 2. tanú (név, lakcím)
--------------------------------	--------------------------------

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!