

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>A láb I. ujj (nagyujj) kiegyenesítő műtét végzéséhez</b> <b>"bütyökkel" társult görbület miatt</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-50.</b> <b>Verziószám: 1</b>
---	--

*Betegadatok*

<b>Beteg neve:</b> #!NEV;	<b>TAJ szám:</b> #!TAJ;
<b>Anyja neve:</b> #!BANYJANEVE;	<b>Születési idő:</b> #!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):**

Hallux valgus

**2. Beavatkozás megnevezése:** A láb I. ujj (nagyujj) kiegyenesítő műtét végzéséhez "bütyökkel" társult görbület miatt

A tervezett műtét a láb I ujjának tengelykorrekcióját, a „bütyök” méretének csökkenését és ezáltal a panaszok csökkenését szolgálja.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

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

Az eljárás elmaradásának esetleges veszélye a fájdalom további fokozódása. A láb I ujjának további deformálódása, tengelyeltérése, az I-es ujj alapízületének elkopása, ficamodása, cipőviselési nehézségek, „bütyök” növekedése, felette a bőr gyulladása, kisebbedése. Ha ez mélyre terjed, csont-gyulladás alakulhat ki, mely amputációhoz is vezethet.

**4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Egyéb kezelési lehetőségek: fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedése, ortopéd cipő, lúdtalpbetét.

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>A láb I. ujj (nagyujj) kiegyenesítő műtét végzéséhez</b> <b>"bütyökkel" társult görbület miatt</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-50.</b> <b>Verziószám: 1</b>
---	--

#### **5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:**

Az eljárás esetleges veszélye a műtéti terület gennyes gyulladása, mely elhúzódó gyógyulást eredményezhet a nagyujj mozgásainak beszűkülése mellett. Súlyos esetben teljes elmeredés következhet be. Ilyenkor korai drótkivétel, és ritkán gipszkötés szükséges lehet. A bőrérzés kiesése (zsibbadás-szerű érzés) a nagyujj bőrterületein. A nagyujj felfelé és lefelé hajlítása kevesebb. A gyógyulás hosszabb ideig tart és a drótot tovább kell bent hagyni (7-8 hét). Ha egyáltalán nem gyógyul össze a két csontvég, újabb műtét szükséges, esetleg csavar, vagy lemez alkalmazása mellett.

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

Fájdalom, cipőviselési nehézség megszűnik.

#### **7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:**

Megfelelő érzéstelenítés mellett minimális (1-1.5 cm-es) bőrmetszés a láb I-es ujjának belső oldalán, a jelezett helyen. Ezután a csont átvágása után korrekciót végzünk, az elért 2 mm-es speciális dróttal biztosítjuk. A rögzítő drót 4-6 hétig szükséges, melyet ezután egyszerűen kihúzva távolítunk el, érzéstelenítés ekkor nem indokolt, lényeges fájdalommal ennek eltávolítása nem jár. A műtét után első héten fokozott óvatosság szükséges, kevés járással, duzzanat esetén a végtag felpolcolásával, fájdalomcsillapítás szükség esetén hűtés. A drót kivételéig a külső talpszél és sarok terhelhető, kemény talpú papucs, vagy egyéb laza lábbeli használata mellett. A műtét után a drótkivételig rugalmas pólyával az élőláb bepólyázása szükséges. A drót kilógó vége mindig kötés alatt, sterilen tartva helyezkedjen el. Kötéscsere alkalmazásával Betadine oldatos lemosás ajánlott. A lábak szennyeződéstől, víztől való óvása nagyon fontos! A drót eltávolítása után a nagyujj tornáztatása szükséges. Teljes terheletőség és csontos gyógyulás általában a műtét utáni 8-10 héten következik be. Bőrpír, erős fájdalom, láz, drót melletti váladékozás esetén azonnal jelentkezni kell osztályunkon. Kevés, szalmasárga, nem gennyes váladék nem kóros.

Mivel a nagyujj tengelyeltérése és a „bütyök” a lúdtalp következtében alakul ki, mely egyéb lábpanaszokat is okoz, ez a műtét a többi panaszt nem szünteti meg. Általában a műtétet követő napon gyógytornász segítségével állás, majd fokozatosan járás külső talpszélen. Trombózis (vérrögösödés) megelőzése végett rendszerint injekciós készítmény alkalmazása történik. A javasolt életmódról, további kezeléstről és teendőkről a kezelőorvosától, gyógytornásztól kap a Beteg tájékoztatást, illetve a zárójelentésben is szerepelnek ezzel kapcsolatban a legfontosabb adatok.

#### **8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:**

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**A láb I. ujj (nagyujj) kiegyenesítő műtét végzéséhez**  
**"bütyökkel" társult görbület miatt**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE;**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-TRM-50.**  
**Verziószám: 1**

**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 szövődmények, 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 szövődményekért, 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 megisméltése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén, együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....  
.....

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

**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
**A láb I. ujj (nagyujj) kiegyenesítő műtét végzéséhez**  
**"bütyökkel" társult görbület miatt**  
**ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE;**  
**8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500**

**BNY-ZMK-TRM-50.**  
**Verziószám: 1**

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
személy	
A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:	
..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)

**3. 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!*

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

..... tájékoztatót adó orvos neve aláírása, pecsétje	..... beteg vagy törvényes képviselő vagy az Eü. Tv. szerinti nyilatkozattételre jogosult
személy	
A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:	
..... 1. tanú (név, lakcím)	..... 2. tanú (név, lakcím)

**A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!**