

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Felnőttkori lábdeformitások (kalapácsujj állás, talpi lábközépcsont fejecs fájdalom) miatti műtét végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-51. 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 fok:

- | | |
|---|---|
| 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 | háztartásban nem élő, cselekvőképes |
| ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában | ca) gyermeke, ennek hiányában |
| bb) gyermeke, ennek hiányában | cb) szülője, ennek hiányában |
| bc) szülője, ennek hiányában | cc) testvére, ennek hiányában |
| bd) testvére, ennek hiányában | cd) nagyszülője, ennek hiányában |
| be) unokája | ce) unokája |

1. Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul): Felnőttkori lábdeformitások (kalapácsujj állás, talpi lábközépcsont fejecs fájdalom)
2. Beavatkozás megnevezése: Felnőttkori lábdeformitások (kalapácsujj állás, talpi lábközépcsont fejecs fájdalom) miatti műtét végzéséhez
Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:
Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja
3. A javasolt vizsgálat, beavatkozás elvégzésének, ill. elmaradásának lehetséges előnyei és kockázata: <u>A beavatkozás/ műtét előnyei:</u> A fájdalmas, gyakran gyulladással járó tüneteket okozó, cipő viselését megnehezítő lábélváltozások korrekciója a fájdalom csökkentése és a deformitás lehetőség szerinti esztétikai javítása. <u>A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:</u> Cipő viselés súlyos nehézségei, a nyomási felszíneken tömlők létrejötte, ezek gyulladása, váladékozás kialakulása, a nyálkatömlők gennyesedése, váladékozása, a gyulladás és fertőzés csontra, ízületre való terjedése, csontgyulladás, mely súlyos esetben amputációhoz vezethet.
4. Lehetséges alternatív eljárások, módszerek: Ortopéd cipő viselése, helyi gyulladáscsökkentő kezelések, lúdtalpbetétek, a nagy lábujj görbületének fokozódását megakadályozó segédeszközök viselése.

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Felnőttkori lábdeformitások (kalapácsujj állás, talpi lábközepcsont fejecs fájdalom) miatti műtét végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-51. Verziószám: 1
--	--	--

5. A beavatkozás lehetséges szövődményei és azok kezelése:
A műtétet követő fájdalom és átmeneti mozgáskorlátozottság, visszeresség, véralvadási rendellenesség miatt ritkán felléphet vérrögösödés (trombózis) a vérrög beékelődése a tüdőérbe (tüdőembólia), visszérgyulladás, műtét utáni vérömleny kialakulása, sebgyógyulás. Ritkán előfordulhat, hogy a csontvágás után a csontvégek nem gyógyulnak össze, úgynevezett álízület alakulhat ki. A műtétet követően előfordul, hogy a beavatkozással elért jó lábujj helyzet ismét romlik és a deformitás kiújul. Ebben az esetben ismételt beavatkozás válhat szükségessé.

6. A javasolt beavatkozás elvégzése után előforduló panaszok, melyek spontán vagy orvosi beavatkozásra megszűnnek:
Talpi és ujjfájdalom megszűnik, bőrkeményedés várhatóan kialakulni nem fog.

7. Az ellátás folyamata és várható kimenetele:
Bütykös nagylábujj nagyfokú tengelyeltérés (elgörbülés) és jelentős fokban elmeszesedett I. lábközepcsont és ujjperccsont közötti ízület esetében 4-5 cm-es bőrmetszést ejtünk az I lábközepcsont csontkinövése felett hosszirányban és a lábközepcsont csontkinövésének a levésésével, az ujjperccsont ízületi felszínének a plasztikájával alakítunk ki egy fájdalomtalanabb, jobban mozgó, cipő viselését megkönnyítő és esztétikailag elfogadhatóbb nagylábujjat.

Lábközepcsont talpi fájdalma és jelentős bőrkeményedése esetén az érintett lábközepcsontot ferdén átfűrészelve a láb hát felé csúsztatjuk, és ezzel a talpi túlterhelést megakadályozzuk, a műtét után 3-4 hétig a csontgyógyulásig haránt boltozat jelentős megemelése szükséges.

Igen előrehaladott, súlyos, a lábközepcsont és az ujjperccsont ficamával járó esetekben, a fájdalom csökkentése céljából az érintett lábközepcsontok fejecének eltávolítása szükséges.

Az ujjak kalapács állása esetén az ujjperccsont megrövidülésével és lágyrész plasztikával egyesítjük ki a kis lábujjakat. Valamennyi lábműtétet követő kezdeti időszakban a végtag felpolcolása, kímélet, a lábak szennyeződéstől, víztől való óvása szükséges. A műtétet követően sarkon, és külső talpszélen való terheléssel az önellátáshoz szükséges teendők végezhetők, de fontos az operált végtag kímélete, szükség esetén a sebek hűtése, a fájdalom csillapítása. A vérrögösödés megelőzésére rugalmas pólya viselése, gyógyszeres kezelés. A szükséges gyógytorna osztályon történő elsajátítása és a tanultak szerinti gyakorlása. Később fontos a megfelelő lábbeli kiválasztása a haránt boltozat süllyedés korrekciója lúdtalpbetéttel.

8. A beteg kérdései és a kérdésekre adott válaszok:

TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Felnőttkori lábdeformitások (kalapácsujj állás, talpi lábközepcsont fejecs fájdalom) miatti műtét végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-51. 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 Felnőttkori lábdeformitások (kalapácsujj állás, talpi lábközépcsont fejecsk fájdalom) miatti műtét végzéséhez ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ, #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGRSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	BNY-ZMK-TRM-51. Verziószám: 1
--	--	--

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

3. Tájékoztatóról 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,

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

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!