

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>A humerus distalis vég töréseinek műtéti kezelése</b> <b>ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE;</b> <b>8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</b>	<b>BNY-ZMK-TRM-56.</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):**

A felkarcsont könyök ízületi végének törése  
Fractura supra- et intercond. humeri.

**2. Beavatkozás megnevezése:**

A felkarcsont könyökízület végén általában ízületbe hatoló darabos törések jönnek létre, kiterjedt lágyrész sérüléssel, a törés járhat súlyosabb esetekben az orsóideg illetve a singcsonti ideg sérülésével is. A humerus distalis vég törés műtéti kezelésének célja: a csonttörés rögzítése, törésgyógyulás és a mozgathatóság mielőbbi elérése. A műtétet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. Stabil belső rögzítésre törekszünk, gyakran a könyökcsúcs átfűrészelésével. Műtét során az itt futó idegeket feltárjuk, az ízfelszint helyreállítjuk, általában két lemezzel és csavarokkal rögzítjük. Előfordulhat, hogy csonthiányt pótolnunk kell, ilyenkor csontbeültetést is végzünk. Amennyiben idegsérülés is fennáll, az idegsérülést is ellátjuk. Az átfűrészelt könyökcsúcsot a műtét végén visszarögzítjük a helyére. Egyszerűbb töréseknél, a tört darabokat tűződrótokkal is rögzíthetjük. Hosszú derékszögű gipszrögzítés ebben az esetben mindig szükséges.

**GYEREKKORI FELKARCSONT KÖNYÖKÍZÜLETI VÉG TÖRÉSE:**

A gyermekek csontját igen erős csonthártya borítja, ami megakadályozza a törtvégek nagyfokú elmozdulását és úgynevezett zöldgally törés alakul ki. Ezért a gyermekkorban kialakuló felkar könyöktáji kisméretű elmozdulással járó zöldgallytörések esetében konzervatív kezelést alkalmazunk. A nagy elmozdulással járó vagy könnyen elmozduló törtvégekkel járó felkar könyöktáji törései esetén a csontok megfelelő rögzítését bőrön keresztül bevezetett tűződrótokkal, vagy szükség esetén a törést feltárjuk, a tört darabokat helyre tesszük és tűződrótokkal rögzítjük. A műtétet altatásban végezzük, megfelelő előkészítést követően. Műtét után gipszrögzítést helyezünk fel.

**Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos neve:**

**Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja**

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

A műtét célja, a könyökízület mozgathatóságának és anatómiájának helyreállítása. A műtéti ellátás és helyreállítás ellenére is, a könyökízület mozgásai gyakran nem lesznek teljesek, a súlyos sérülés után mozgás beszűkülés maradhat vissza. A súlyos lágyrész sérüléssel járó törések esetében, kóros helyen fellépő csontképződés (ossifikáció) alakulhat ki. Amennyiben az elmozdulással járó törés műtéti helyreállítása és rögzítése elmarad, könyökízületi mozgás beszűkülés, artrózis, ízületi kopás, sőt akár ízületi merevség, vagy könyökízületi ficam is kialakulhat.

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

Konzervatív kezelés csak jól álló, elmozdulás nélküli törések esetén jön szóba.

#### **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 lehetséges: a környező anatómiai képletek, erek, inak, idegek sérülése, és súlyosabb esetben akár ismételt műtét is szükséges lehet. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyrehozható. A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebkörnyéki vérömleny, sebváladékozás, sebfertőzés, korai elmozdulás. Szövődmények okozója lehet fennálló, egyéb kísérő betegségek (magas vérnyomás, különféle szívbetegségek, cukorbetegség, csontritkulás). 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 legkritkább 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, hegesezés. 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 1-10 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése 2-3 hónap múlva várható. Mindezeket természetesen a kísérőbetegség(ek) megléte, az esetleges szövődmények és a beteg általános állapota befolyásolhatják.

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

	<p><b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>A humerus distalis vég töréseinek műtéti kezelése</b> ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500</p>	<p><b>BNY-ZMK-TRM-56.</b> <b>Verziószám: 1</b></p>
--	--	--

**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 megismétlése 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, .....*

..... 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!**