

<b>TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b> <b>Quadriceps és patella ín sérülés ellátása</b> ZALA MEGYEI SZENT RAFAEL KÓRHÁZ , #!AKTOSZTALYNEVE; 8900. ZALAEGERSZEG, ZRÍNYI U. 1. TEL: 92/507-500	<b>BNY-ZMK-TRM-61.</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<br>b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes<br>ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában<br>bb) gyermeke, ennek hiányában<br>bc) szülője, ennek hiányában<br>bd) testvére, ennek hiányában<br>be) unokája | c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes<br>ca) gyermeke, ennek hiányában<br>cb) szülője, ennek hiányában<br>cc) testvére, ennek hiányában<br>cd) nagyszülője, ennek hiányában<br>ce) unokája |
|---|--|

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

Quadriceps izom, ín sérülése:

A négyfejű izom a comb elülső felén helyezkedik el, és a térd aktív feszítését végzi. Sérülése során az izom ínas része, a térdkalács tapadásáról szakad le. Teljes szakadás esetén extenziós kiesés észlelhető.

Patella (térdkalács) ín sérülés:

A térdkalács alatti szakasz sérülése, hasonló helyzetet hoz létre, mint a patella feletti quadriceps izom, ín szakadása. A duzzanat és a fájdalom értelemszerűen ilyenkor a térdkalács alatti területen van, és a patella proximalisabb helyzetbe kerül, az extensio (feszítés) kiesik.

**2. Beavatkozás megnevezése:**

Teljes szakadás csak műtéti úton kezelhető. A műtétet az altatóorvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. Osztályunkon reinserciót végzünk. A leszakadt ínat a térdkalács csúcsához varrjuk, majd tehermentesítés céljából, húzóhurokkal rögzítjük. Műtétet követően a végtagot 4-6 hétre begipszeljük.

**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 végtag stabilitásának helyreállítása, megfelelő izomerő, mozgások visszaállítása. A négyfejű combizom a térdízület egyetlen feszítő izma, tehát az egyenes testtartásban, a járásban nélkülözhetetlen szerepet tölt be, hajlított térdízület mellett a test súlyát tartja. A feszítő apparátus gyengülése vagy hiánya következtében, a térdízület instabillá válik.

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

Részleges szakadásnál lehetséges konzervatív kezelés, de teljes szakadás esetén funkcionális gyógyulás csak műtéttel lehetséges.

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

A kezelés eredményességéért, rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint teljes felelősséget az orvos nem vállalhat. Mint minden műtétnek, természetesen ennek is van kockázata. Műtét alatt szövődmény lehetséges: a környező anatómiai képletek, erek, ínak, idegek sérülése, és súlyosabb esetben akár ismételt műtét is szükséges lehet. Ezek jelentős része azonban még a műtét alatt észlelhető, és helyreállítható. A műtét utáni szakaszban előfordulhat utóvérzés, sebkörnyéki vérömleny, sebváladékozás, felületes vagy mély lágyrész fertőzések. A gyógyulásban bekövetkezhet varrat elégtelenség, mozgászavar, nem teljes gyógyulás. Ezen szövődmények okozója lehet fennálló, meglévő kísérő betegségek (magas vérnyomás, szívbetegség, cukorbetegség stb.). 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 tartózkodás várható időtartama 2-10 nap optimális gyógyulás esetén. A műtét előtti aktivitás visszatérése 2-3 hónap. Mindezeket természetesen az esetleges kísérő betegségek megléte, az esetleges szövődmények és a beteg általános állapota is befolyásolják.

**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 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!**