

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT Arthroszkópos / nyílt akromionplasztika műtét	EHB 7-09/00-43 Változat: 1 Hatálybalépés: 2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
 Tagkórház megnevezése:
 Tagkórház címe:

OSZTALY NEVE: NEAK KÓD:
Osztályvezető főorvos:

Beteg neve: Születési név: Születési hely, idő: Lakcím:	TAJ szám: Anyja neve:
--	--

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

.....

Rokonsági foka:

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

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli- e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

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

2./ **Beavatkozás megnevezése** (magyarul, esetleg latinul):

3./ **Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:**

4./ **Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:**

5./ **Javasolt beavatkozás előnye és kockázatai:**

Az eljárás célja: A váll ütődéses szindrómája (impingement szindróma – mely során a bizonyos mozdulatokra a felkarcsont nekiütődik az akromionnak /a lapocka hollócsőr nyúlványának/) következtében jelentkező fájdalom csökkentése és mozgáskorlátozottság javítása oly módon, hogy az itt futó ín és a felkarcsont rendelkezésére álló teret megnöveljük.

¹ A megfelelő rész aláhúzendó.

Az eljárás esetleges veszélyei: Műtétet követően felléphet a seb fertőzése, vérömleny (haematoma) kialakulása, illetve az izomzat letapadása következtében a mozgásbeszűkülés, mely a válltorna során rendszerint oldódik. Ritkán előfordulhat ér- és idegkárosodás. Vértrombosztódás (thrombosis), vérrög beakelódése a tüdőérbe (tüdőembólia) a felső végtagi műtéteknél rendkívül ritka.

- általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- személyre szabott kockázatok:

6./ Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei: A vállfájdalom további fokozódása, a mozgásterjedelem jelentősebb beszűkülése. Kialakulhat a rotátorköpeny szakadása. Ha esetleg későbbiekben mégis sor kerül a műtetre, a műtét eredményessége csökkenhet és a szövődmények kialakulásának esélye növekedhet, illetve az időközben esetlegesen kialakult szakadás következtében nagyobb műtét végzése szükséges.

7./ Más kezelési lehetőségek: Fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedése, lokálisan adott szteroid+fájdalomcsillapító injekció adása, fizioterápia, gyógytorna, reumatológiai és gyógyfürdőkezelés, tehát összességében az ún. konzervatív (nem műtéti) kezelési lehetőségek. A műtét elvégzése akkor javasolt, ha ezen eljárások tartós javulást nem eredményeztek.

8./ Az ellátás folyamata és várható kimenetele:

Az akromionplastikát rendszerint vezetésses (plexus) érzéstelenítésben, ritkábban altatásban végezzük (lásd anaesthesiológiai tájékoztató, beleegyezés). A műtét a váll arthroszkópiájával (tükrözésével) kezdődik, amely során felmérjük az ízület állapotát, megtekintjük a rotátorköpeny mindkét oldalát esetleges szakadás fennállásának tisztázása céljából. Amennyiben az izomzat teljes vastagságát érintő szakadás nincs, arthroszkóposan elvégezzük az akromionplastikát. A váll hátsó, oldalsó és esetenként elülső részén bevezetett műszerekkel először a hollócsőr nyúlvány alsó felszínén tapadó, feszes szalagot választjuk le, majd a csontos nyúlvány első-alsó részéből távolítunk el kb. 5-6 mm-nyi csontot, megnövelve így a csont alatti teret, amely az itt futó ín panaszmentes működéséhez szükséges. Amennyiben arthroszkóposan valamilyen oknál fogva nem érhető el megfelelő tér-növelés (decompressió), nyitott feltárással folytatjuk a műtétet: A váll elülső-oldalsó területén ejtett kb. 5-8 cm-es metszésből – a delta izomzat rostjait szétválasztva, kis területen leválasztva azt a csonttól – feltárjuk a hollócsőr nyúlvány alatti területet. A lapocka hollócsőr nyúlványáról leválasztjuk az ott tapadó feszes szalagot, és a csont elülső-alsó részéből vékony, többnyire degeneratívan megvastagodott kb. 5-6 mm-es csontos réteget eltávolítunk, megnövelve így a rotátorköpeny rendelkezésére álló, korábban beszűkült teret. Gondos vérzéscsillapítást követően a sebet varratokkal zárjuk be.

Mind arthroszkópos, mind nyitott műtét esetén, a műtét végén a műtéti területre vékony műanyag csövet vezetünk, melyen keresztül a műtét után, szükség esetén fájdalomcsillapítót lehet beadni, és a műtét másnapján meg lehet kezdeni a válltornát. Az arthroszkópia során ejtett kicsiny bőrmetszéseket rendszerint nem szükséges varratokkal zárni, nyitott műtét esetén gondos vérzéscsillapítás után varratokkal zárjuk be a sebet. Műtétet követően a vállat levehető kartartóban rögzítjük néhány napig. A kartartó elhagyható, amint a beteg nem igényli azt. Műtétet követően többnyire 2-3 napot szükséges kórházban maradni, ami alatt a műtéti fájdalom jelentős mértékben csökken, és a beteg megtanulja az otthon végzendő válltornát. Kontroll vizsgálat kb. 6 héttel a műtét után esedékes.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, 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 miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

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

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

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!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

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!

.....
.....

Figyelem! Az Eütv. 14. § (1) bekezdése alapján a cselekvőképes beteg nem mondhat le a tájékoztatásról, amennyiben betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse!

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Beleegyezés-, illetve visszautasítás jog gyakorlására jogosult személy kijelölése

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

Az Eütv. 16. § (1) bekezdés b) pontja alapján a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogának helyettem történő gyakorlásából, illetve a betegségről történő tájékoztatásból – az Eütv. 16. § (2) bekezdésben meghatározott személyek közül – az alábbi személyeket zárom ki (neve és rokonsági foka megjelölésével):

.....
.....
.....
.....
.....

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700
--

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.