

Betegtájékoztató és belegező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>A medencei verőérbetegség műtéte</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Hatályos: 2015.08.28.</b>	<b>1. oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 1</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./S./49.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Nagy Ákos György osztályvezető főorvos</b>		

Beteg neve: ..... TAJ szám: .....

### Tisztelt Betegünk (Szülő/Gyám)!

A beavatkozáshoz, melyet tervezünk az Ön belegezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt az alábbiakban tájékoztatjuk a betegségről, a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, ill. a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről. Kérjük, olvassa el figyelmesen ezt a tájékoztatót. Amennyiben további kérdései merültek fel, kérjük, forduljon kezelőorvosához, akinek kötelessége az Ön összes kérdésére megfelelő választ adni.

#### Az Ön betegsége:

Panaszait az eddigi vizsgálatok szerint a medencei érszakaszok szűkülete és elzáródása okozza. A csökkent véráramlás járás közben jelentkező alsó végtagi fájdalmat, súlyosabb esetben nyugalmi fájdalmat, végső esetben szövetelhalást okoz, ami amputációt tehet szükségessé. A műtéti terv felállításához az érfestés / angiografia / eredményét ismernünk kell, és mérlegelni kell az Ön egyéb betegségeit, amelyek a műtéti kockázatot növelhetik.

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul):** .....

**A beavatkozás tervezett időpontja:** .....

#### A javasolt beavatkozás lényege:

A rövid érelzáródásokat az ér közvetlen kitisztításával (endarteriectomia) meg lehet oldani, ehhez általában nem szükséges hasi feltárás. Hosszabb elzáródások áthidalására (by-pass) műanyag eret alkalmazunk. Ez történhet hasi feltárásból, vagy az ép oldalról átvezetett műérrel / crossover bypass /.

A lábszári erek szűkülete esetén a műtétet egyes esetekben sympathectomiával (érbeidegzés megszüntetése) egészítjük ki.

Minden körülményt értékelve a legkisebb kockázattal járó és a legnagyobb eredménnyel biztató beavatkozást választjuk. Az előkészítés a kísérőbetegségek / szívbetegség, cukorbetegség, magasvérnyomás, légzőrendszeri betegség, stb. / ellenőrzéséből és kezeléséből áll. A műtét általában gerinc-közeli érzéstelenítésben, ritkábban altatásban történik. Erről az altatóorvossal történő konzultáció során születik döntés.

Előfordulhat, hogy a legalkalmasabb kivizsgálás mellett is a feltáráskor derül ki, hogy az ér állapota miatt az eredeti tervtől el kell térnünk. Rendkívüli /előre nem látható / körülmények, amelyeket csak a beavatkozás során állapíthatunk meg, változtatást, a műtét kiterjesztését tehetik szükségessé. A műtétek döntő többsége vérigenyes beavatkozás. A bélműködés beindulásáig a folyadékpótlást és táplálást infúziókkal biztosítjuk. Komplikációmentes gyógyulás esetén 8-10 napos a kórházi ápolás.

#### A javasolt beavatkozás előnyei:

A súlyos járópanaszok megszűnnek, a lábon már kialakult elhalások a keringés javítását követően eredményesen kezelhetők.

#### A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:

Tartósan beszűkült járástávolság, munkaképtelenség, állapotromlás esetén nyugalmi fájdalom és végtagelhalás történik, mely magas amputációt: lábszár szintű vagy combszintű végtag levágást igényel.

#### A javasolt beavatkozás kockázatai, szövődményei:

A kezelés eredményességéért, a rizikómentességéért a tudomány mai állása szerint abszolút garanciát a kezelőorvos nem vállalhat. A sebészeti beavatkozás általános veszélyei (ld. lejjebb) a legnagyobb orvosi gondosság ellenére sem mindig kerülhetők el. Bármely műtéti beavatkozásnál előfordulhatnak kisebb, illetve jelentősen csökkenő gyakorisággal súlyos, vagy rendkívül súlyos szövődmények. A szövődmények elkerülése céljából a mindenkor érvényes szakmai ajánlásoknak megfelelően alkalmazunk trombólis és antibiotikum profilaxist (megelőzést). Mindent elkövetünk az esetlegesen kialakuló szövődmények időben történő felismeréséért, káros következményeinek megszüntetéséért.

#### Általános műtéti szövődmények:

vérzés, utóvérzés; szomszédos szervek sérülése (pl. erek, bél); tüdőgyulladás; embólia, trombólis; fertőzés átvitele; sebgyógyulási zavar; bőrsérülések (elektromos áram, fertőtlenítő szerek), vagy a műtétet végző csapat legnagyobb gondossága mellett is előfordulhat, hogy a műtéti területen idegentest marad hátra. Ehhez járulhatnak még a konkrét esettel kapcsolatos további speciális szövődmények, következmények, melyekről a műtét előtt szóbeli tájékoztatást kap.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>A medencei verőérbetegség műtéte</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Hatályos: 2015.08.28.</b>	<b>2. oldal a(z) 2 oldalból</b>	<b>Módosítás 1</b>
<b>Dokumentum száma: Bny./S./49.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Nagy Ákos György osztályvezető főorvos</b>		

Természetesen nem áll módunkban minden lehetséges szövődményt a beleegyező nyilatkozat kereteiben felsorolni. Lehetősége van operáló orvosával a további lehetséges szövődményekről tájékozódni.

**Kérjük**, hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel kezelőorvosa figyelmét. Segítse munkánkat azzal, hogy betartja kezelőorvosa és a kezelő személyzet utasításait, segíti a vizsgálatok, kezelések elvégzését, a feltett kérdésekre pontos válaszokat ad, mivel ezek a lehetséges szövődmények kivédésében, azok korai felismerésében döntő fontosságúak lehetnek.

**Kérjük** beleegyezését ahhoz, hogy a tervezett műtét közben annak tervét módosíthassuk a szükségleteknek, illetve az Ön érdekének megfelelően, mivel váratlan helyzetekben a talált elváltozások a műtét kiterjesztését indokolhatják. Ezekben az esetekben a műtét felfüggesztése, a kiterjesztés elhalasztása az Ön számára káros megterhelést jelentene és a későbbiekben újabb műtétet tenne szükségessé.

Tájékoztatjuk, hogy a beavatkozást jogában áll visszautasítani, de ennek következményei Önt terhelik.

**Kérjük**, hogy a fentiek áttanulmányozása és megértése, kérdéseinek orvosával történő megbeszélése és gondos mérlegelése után írja alá nyilatkozatát. Akkor lássa el aláírásával a beleegyező nyilatkozatot, ha elégedett az írásban illetve szóban kapott tájékoztatással.

#### **A lehetséges alternatív megoldások:**

100 méter feletti járástávolság és több rizikófaktor esetén a dohányzás elhagyása, gyógyszeres kezelés és járásgyakorlatok. Rövid érelzáródás vagy szűkület esetén műtét nélkül ballonkatéteres tágítás vagy tágító fémháló / stent / behelyezése – erről dönteni azonban csak angiográfia (érfestés) alapján lehet.

Kérjük, hogy a vizitek alkalmával minden esetlegesen fellépő panaszára hívja fel kezelőorvosa figyelmét.

Tájékoztatjuk, hogy a beavatkozást jogában áll visszautasítani, de ennek következményei Önt terhelik.

Kérjük, hogy a fentiek áttanulmányozása és megértése, kérdéseinek orvosával történő megbeszélése és gondos mérlegelés után írja alá nyilatkozatát.

#### **Beleegyező nyilatkozat**

Ezen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok a fenti beavatkozás elvégzéséhez. A javasolt gyógymód szükségességéről, kivitelezésének módjáról, kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és a várható következményeiről kielégítő tájékoztatást kaptam. A tájékoztató lap tartalmát és a szóbeli felvilágosítást megértettem, és kijelentem, hogy kérdéseim gondosan megválaszolásra kerültek. További kérdésem nincs. Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon és kényszermentesen dönthessek. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre nem látható szövődmények, amelyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják. Beleegyezem abba, és kérem, hogy rajtam (gyermekemen, gondozottamon) az alábbi műtétet, illetve annak esetlegesen szükségessé váló kiterjesztését elvégezzék:

.....  
 a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
 a beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, ..... év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc

#### **Elutasító nyilatkozat**

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....  
 a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....  
 a beteg / törvényes képviselő aláírása

.....  
 1. tanú aláírása

.....  
 2. tanú aláírása

Siófok, .....év ..... hó ..... nap ..... óra ..... perc.

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!