

Betegtájékoztató és belegező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Felkarcsont vállközeli végének törése</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./66.</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:

A felkarcsont vállközeli végének törése.

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

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

#### A javasolt beavatkozás lényege:

A műtétet röntgen képerősítő kontrollja mellett, kis metszésből, az altató orvos által megválasztott érzéstelenítésben végezzük. Osztályunkon fedett csont helyzetételt, dróttűzést, csavaros csontegyesítést használunk, szükség esetén saját csont beültetéssel, melyet a csipőlapátból, vagy az orsócsontból veszünk.

#### A javasolt beavatkozás előnyei:

A műtét célja a felkarcsont eredeti állapotának, ízfelszínek helyreállítása, fájdalomtalan, terhelhető, lehetőleg teljes terjedelmű ízületi mozgások elérése. Időpontját a lágyrész viszonyok határozzák meg.

#### A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:

A csont gyógyulásának elmaradása. Álzület képződése, rossz helyzetben való gyógyulás esetén rövidülés, tengelyeltérés, funkció beszűkülés, fájdalom, a végtagon érzés-, és keringészavar.

#### A javasolt beavatkozás kockázata, szövődményei:

A kezelés eredményességéért, a rizikómentességért 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. Természetesen nem áll módunkban minden lehetséges szövődményt a belegező 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.

**Betegtájékoztató és beleegyező lap**

<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Felkarcsont vállközeli végének törése</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./66.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Nagy Ákos György osztályvezető főorvos</b>		

**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 :**

Konzervatív kezelés alkalmazható elmozdulással nem járó, stabil törés, nagyon idős kor esetén, vagy ha törés valamilyen okból nem operálható. Ez esetben rögzítő kötésben 10 nap – 2 heti rögzítést alkalmazunk.

**Gyógyulási kilátások:**

Műtét után a kórházban tartózkodási idő általában 5-10 nap, a műtét előtti aktivitás visszatérése általában 2-3 hónap múlva várható. Mindezeket természetesen a kísérőbetegség/ek/ megléte, az esetleges szövődmények, a beteg állapota befolyásolhatják.

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

**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!