

	TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT Rotátorköpeny rekonstrukció 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: TAJ szám:
Születési név: Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakcím:

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	☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a
☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés	beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés
☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában	☐ ca) gyermeke, ennek hiányában
☐ bb) gyermeke, ennek hiányában	☐ cb) szülője, ennek hiányában
☐ bc) szülője, ennek hiányában	☐ cc) testvére, ennek hiányában
☐ bd) testvére, ennek hiányában	☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában
☐ be) nagyszülője, ennek hiányában	☐ cc) unokája
☐ bf) 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 szakadt izomköpenyének (az ún. rotátorköpenynek) megvarrása, az izomzatnak a felkarcsonthoz, az eredeti izomtapadási helyre történő lehorgonyzása, melynek következtében a fájdalmasan beszűkült vállmozgások fájdalomssága megszűnik vagy jelentősen csökken, és a mozgásterjedelem javul. A beteg életminősége javul.

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. Nagyméretű szakadás, valamint a rotátorköpeny állományának jelentős részét érintő zsíros degeneráció esetén az izomzat gyengébb marad, esetlegesen ismételt szakadás is kialakulhat, de a panaszok és a mozgásterjedelem rendszerint ebben az esetben is jobb a műtétet megelőzőnél. Ritkán előfordulhat ér- és idegkárosodás. Vértrombosztás (thrombosis), vérrög beékelődése a tüdőérbe (tüdőembólia) felső végtagi műtéteknél rendkívül ritka.

6./ Az eljárás elmaradásának esetleges veszélyei: A vállfájdalom további fokozódása, a mozgásterjedelem jelentősebb beszűkülése, a szakadás méretének növekedése révén. Ha esetleg későbbiekben mégis sor kerül a műtetre, a nagyobb szakadás nehezebben, vagy esetleg nem rekonstruálható, a műtét eredményessége csökkenhet és a szövődmények kialakulásának esélye növekedhet.

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

7./ Más kezelési lehetőségek: Fájdalomcsillapító, gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedése, lokálisan adott steroid+fájdalomcsillapító injekció adása, fizioterápia, gyógytorna, reumatológiai és gyógyfürdőkezelés, tehát összességében az un. konzervatív (nem műtéti) kezelési lehetőségek. Ezen eljárásoktól nagy valószínűséggel csak átmeneti javulás várható. Amennyiben a szakadás mérete a rekonstrukciót nem teszi lehetővé, arthroszkópos vagy nyílt debridement (az izmok és inak szakadt, degenerálódott széleinek, gyulladt szöveteknek az eltávolítása).

8./ Az eljárás technikája: A rotátorköpeny varratot rendszerint vezetéssel (plexus) érzéstelenítésben, ritkábban altatásban végezzük (lásd anaesthesiológiai tájékoztató, beleegyezés). A műtét rendszerint a váll arthroszkópiájával (tükrözéssel) kezdődik, ami a szakadás mértékének és a rotátorköpeny állapotának pontosabb megítélését szolgálja. Amennyiben a szakadás ezek alapján rekonstruálható, nyílt feltárással folytatódik a műtét. 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 rotátorköpenyt. A lapocka hollócsőr nyúlványának elülső-alsó részéből, a többnyire degeneratívan megvastagodott csontból 5-6 mm-es vastagságú csontrejteget eltávolítunk, megnövelve így a rotátorköpeny rendelkezésére álló, korábban beszűkült teret. A szakadás méretétől és elhelyezkedésétől függően az egy vagy több szakadt izom inát megfelelő számú öltéssel egymáshoz öltjük, illetve az előre elkészített csontos árokba horgonyozzuk. Szükség esetén ehhez fém horgonyokat is felhasználhatunk. A műtét végén a műtéti területre műtét utáni fájdalomcsillapítás céljából vékony kanült és/vagy ha szükséges az utóvérzés elkerülésére szívócsövet helyezünk. Gondos vérzéscsillapítást követően a sebet varratokkal zárjuk be. Műtétet követően a vállat levehető kartartóban rögzítjük az izomköpeny gyógyulásáig, ami 5-6 hét. Műtétet követően többnyire 2-3 napot szükséges kórházban maradni, amíg a műtéti fájdalom jelentős mértékben csökken, és a beteg megtanulja az otthon végzendő passzív válltornát.

Varratszedésre a műtétet követő 8-10. napon kerül sor ambuláns kontroll során.

A műtétet követő 5-6 hét elteltével a betegeket néhány napra felvesszük osztályunkra. Ekkor a kartartó elhagyható és néhány napos intenzív torna során megtanulható a továbbiakban otthon végzendő válltorna. A mai házi betegápolási rendszerben lehetőség nyílik otthoni gyógytornász igénybe vételére.

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 kényszersztől 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.