A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEGTÁJÉKOZTATÓ

1. **A műtét neve:** alkar velőűrsinezés

2. **A műtét rövid leírása**:

Röntgen képerősítő alatt fedetten helyretesszük a törött alkarcsontot, vagy csontokat. Az orsócsont törése esetén annak csukló- táji nyúlványa felett, a singcsont törésekor a könyökcsúcs felett kis metszéseket ejtünk. Megfúrjuk a csontok velőüregeit, ezeken keresztül speciális velőűrsint vezetünk át a helyre tett törésen keresztül, melyet ezzel rögzítünk.
Ha a helyretétel nehézségekbe ütközik, azt a törés kis feltárásából végezzük el.

3. **A műtét közvetlen kockázatai:**
- helyretétel közben a törés magasságától függően izom, ín, ideg és ér sérülések keletkezhetnek, ezek helyben elláthatók.
- A csuklótáji bőrmetszésnél ér és idegsérülés előfordulhat, az utóbbi esetén a kézhát kisebb területének a zsibbadása várható.
- Szűk velőűreg esetén a velőűrsin beverésekor újabb törés keletkezhet.

4. **A műtét előnyei:**
- A törés közvetlen feltárása elkerülhető, ez a törésgyógyulás szempontjából rendkívül előnyös.
- A fertőzésveszély minimális.
- A műtéti idő rövid.
- Az alkar képleteinek sérülési esélyei minimálisak.

5. **Lehetséges szövődmények:**
- Lásd közvetlen kockázatokat.
- A műtéti metszések elgennyedése.
- A velőűrsinek a bevezetés helyén a bőrt nyomhatják, bőrgyulladást okozhatnak.
- A velőűrsinek valamilyen fokban kicsúszhatnak.
- „álizület” alakulhat ki, vagyis nem jön létre stabil összeforradás, ez feltárásos műtétet igényel.
- Amennyiben hosszadalmasabb gipszrögzítés is szükséges, könyök és csuklóizületi mozgások beszűkülése várható.

6. **Egyéb műtéti megoldások:**
- a törések teljes feltárása, helyretétel után rögzítésük lemezzel és csavarokkal
- un. külső rögzítő, fixatuer alkalmazása.

7. Nem műtéti lehetőségek:

- A törés fedett helyretétele, gipszrögzítés a könyök derékszögű tartása mellett.

Hátránya: pontos vagy kielégítő helyretétel nem mindig lehetséges.
A rossz helyzetben gyógyult törés különböző mértékű mozgászavart okozna a végtagon. A hosszas rögzítés során a csukló és könyökizület mozgásai beszűkülnének.

Ha bármit részletesebben szeretne tudni, bátran kérdezze meg kezelő orvosától a műtét előtti találkozáskor!

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....
beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:

……

……

Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

A műtéti beavatkozást igénybe vevő beteg neve: ……..

Szül. idő: ……, TAJ szám: ……

Alulírott kijelentem és aláírásommal igazolom, hogy kezelőorvosom Dr. …… részletesen tájékoztatott betegségemről, valamint a felajánlott műtét kockázatairól, előnyeiről, a lehetséges szövődményekről, és a kezelési alternatívákról.

Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.2./T.10.** számú **Tájékoztató alkartörés vagy valamelyik alkarcsont törésének velőűrsínnel történő rögzítéséről** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak *(a nem kívánt részt húzza át).***

A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: ……

……

…… ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***

A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a műtét elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Felhatalmazom/nem hatalmazom fel *(a nem kívánt részt húzza át)* a műtétet végző orvost, illetve orvos csoportot, és asszisztenciáját arra, hogy a műtét során felmerülő olyan előre nem látható műtéti beavatkozást is elvégezzenek, mely orvosilag indokolt, és az egészségem megóvására, illetve az életem meghosszabbítására irányul. Beleegyezem, hogy a műtét során szükségesnek tartott vérkészítményt, gyógyszert, fokozottan ellenőrzött szert, más anyagokat beadják, és a műtét során szükségessé váló kiegészítő vizsgálatokat elvégezzék.

Kijelentem, és aláírásommal megerősítem, hogy a felajánlott műtéti kezelésbe beleegyezek és kérem, hogy azt rajtam elvégezzék.

Elismerem, hogy beleegyezésemet kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

…… ……

Tájékoztatást végző orvos aláírása Beteg aláírása

Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.

Tanú (név, lakcím, szig.szám): …… Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
…… ……
Aláírás: …… Aláírás: ……