A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEGTÁJÉKOZTATÓ

1. A műtét neve: Felkarcsont velőűrsinezése a könyök felől

2. A műtét rövid leírása:

A felkarcsont válltáji, a felkarcsont feje alatt létrejövő úgynevezett sebészi nyak törésére használatos. Hanyatt fekvő helyzetben és felfüggesztett kar mellett rtg. képerősítő alatt a törést fedetten helyretesszük. Metszést ejtünk a felkar alsó részén a könyökcsúcsig. Itt feltárjuk a csontot és megnyitjuk a velőüreget. Speciális, kellő vastagságú és hosszúságú drótokat (egy-három), úgynevezett velőűrsineket vezetünk a helyretett törésen keresztül a felkarcsont fejébe, így a törés rögzítve van. Általában egy-három hét külső rögzítés szükséges.

3. A műtét közvetlen kockázatai:

- A velőüreg megnyitásának helyén a csont megrepedhet: gyakorlati lehetősége nincs.
- Előfordulhat, hogy a kívánt mértékű helyretétel nem lehetséges, de megközelítő helyretétel esetén is jó funkcióval gyógyulhat.

4. A műtét előnyei:

- A feltárás a töréstől távol történik, így csontelhalás veszélye megelőzhető.
- A törés helyretétele a speciális fektetéssel általában nehézségek nélkül elvégezhető.
- A végtag rögzítési ideje nagy fokban lecsökken, így korai utókezelés elkezdhető.

5. Lehetséges szövődmények:

- A seb elgennyedése: maradéktalanul gyógyítható, az ápolási idő nyújtja meg.
- ***A velőűrsinek kifelé csuszása:*** ha a törést még rögzíti, korai – 4-5 hét – eltávolítással kezelendő. Kicsúszási hajlam észlelésekor a rögzítési idő mely általában 2-3 hét, egy-két héttel meghosszabbodhat.
- ***A velőűrsinek befelé csuszása***, a felkarcsont fejének átfúródásával: ha az izületi mozgásokat ez zavarja, újabb műtéttel rövidebb velőűrsinre cserélendő.
- A velőűrsin becsúszhat a velőüregbe: ilyenkor a csont megfelelő mértékű vésésével távolítható el.
- A törésen túli kicsúszáskor ***újabb elmozdulás*** jön létre, újabb műtét, vagy csak külső rögzítés szükséges.
- ***Bizonyos fokú traumára – pl. könyökre esés – a felkarcsont a könyök fölött a behatolás helyén nagyobb eséllyel törhet el. Megoldása műtéti.***
- ***Nem kielégítő torna ill. igénybevétel esetén a vállövi izomzat bizonyos fokig sorvad, ereje gyengül, a vállizületben különböző mértékű mozgásbeszűkülés maradhat vissza.***

6. Egyéb műtéti megoldások:

- A törés fedett helyretétele, direkt rögzítése tüződrótokkal a bőrön keresztül.
- A törés feltárása, helyretétele rögzítése tüződrótokkal, csavarokkal vagy különböző formátumú lemezekkel.

7. Nem műtéti lehetőségek:
A végtagot derékszögben hajlított könyök mellett a mellkashoz rögzítjük különböző kötésekkel kb. három hétig.
Hátránya: pontos helyretétel nem lehetséges, a rögzítés következtében a vállizomzat tömege és ereje csökken, a vállizületben bizonyos fokú mozgáskorlátozottság marad vissza.

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.6.** számú **Tájékoztató felkarcsont velőűrsinezéséről** 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: ……