A SZÓBELI TÁJÉKOZTATÁST KIEGÉSZÍTŐ BETEGTÁJÉKOZTATÓ

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

2. **A műtét rövid leírása**:

A lábra helyezett speciális papucs, vagy a sarokcsonton átfúrt drót segítségével speciális fektetésben a lábszárra húzást gyakorolunk. Röntgen képerősítő alatt fedetten helyére tesszük a törést. Amennyiben szükséges a helyretételhez, kis metszést is alkalmazhatunk a törés felett.
A térd, ill. a sípcsont külső és belső bütyke felett mindkét, vagy csak az egyik oldalon 2-3 cm- es bőrmetszést ejtünk. A sípcsont növekedési zónája alatt a csontot megfúrjuk, a vagy ezeken a lyukakon keresztül speciális ötvözetből álló un. velőűrsint vezetünk a sípcsont velőüregébe a helyretett törésen keresztül, a bokaizületet megközelítő magasságig. A bőrsebeket bevarrjuk. Általában bizonyos ideig – kb négy hét – gipszrögzítés is szükséges.

3. **A műtét közvetlen kockázatai:**

Közvetlen kockázat gyakorlatilag nincs.

4. **A műtét előnyei:**
   - A törés feltárása nem szükséges (fertőzésveszély, csontelhalás veszélye a törésben így nincs).
   - A műtéti idő rövid.
   - A törés újabb elmozdulása nem jön létre.

5. **Lehetséges szövődmények:**
   - A műtéti seb begyulladhat, **elgennyedhet**
   - Hajszálpontos helyretétel nem mindig lehetséges (ennek gyakorlati hátránya nincs)
   - Mivel a velőüreg megnyitásra került, az esetleges fertőzés erre is ráterjedhet, un. **„csontvelő – gyulladást”** okozva. Ez súlyos szövődménynek számit, a velőüreg antibioticus öblítésével kezelhető, akár heteken keresztül is. Extrém esetben a végtagot veszélyeztetheti, ill. általános vérmérgezés, szepszis esetén az életet is.
     Ezen szövődmény rendkívül ritka, „irodalmi ritkaság”.
     Ezen szövődmény szakszerű kezelés mellett ill. a seb elfertőződése nélkül is előfordulhat, amennyiben a betegnek gennyes, gyulladásos elváltozásai vannak vagy alakulnak ki (mandulagyulladás, foggyulladás, stb.) Ilyenkor ezekből a gócokból a velőüreg a véráram útján fertőződhet.
     Nyílt törés esetén ezen szövődmény lehetősége nagyobb, szintén nyílt törés esetén vagy a sérülés miatti bőrelhalás esetén bőrhiány keletkezhet, mely bőrpótlást igényel.
   - úgynevezett **„rekesz szindróma”** léphet fel a lábszár nagyfokú feszes duzzanatával, keringési és érzészavart okozva. Ez műtétet igényel, mely a lábszár bőrének és rekeszeinek a behasításait jelenti, ezek esetleg bőrplasztikát igényelhetnek.
   - Ha hosszadalmasabb gipszrögzítés is szükséges és egyéb kockázati tényezők is fennállnak, alsóvégtagi vérrögösödés, **thrombózis** alakulhat ki, ebből esetleg életveszélyes **tüdőembólia**.
     Ezek kockázata véralvadás gátlással nagyfokban csökkenthető.
   - Amennyiben gipszrögzítés nem szükséges a velőűrsin egyidejű elhajlásával, vagy akár törésével a törés **újabb elmozdulása** következhet be. Az utasítások betartása (a terhelhetőség megszabása) esetén ez nem fordul elő.
   - A bevezetés helyén a velőűrsín vége a bőrt nyomhatja, decubitálhatja.
   - Extrém ritka esetben a törés gyógyulása elhúzódó jellegű lehet, vagy un. **„álizület”** alakulhat ki. Ez nyílt műtétet tesz szükségessé.

- A sípcsont a törés magasságában kisfokú oldal irányú tengelyeltérést mutathat vagy előfordulhat a láb szintén kisfokú ki – vagy befelé fordulása.

6. Egyéb műtéti megoldások
- Nyílt műtét, rögzítés lemezzel és csavarokkal.
- úgynevezett külső rögzítő – fixateur – alkalmazása.
- Speciális, ritka esetekben szükséges.

7. Nem műtéti lehetőségek:
- Elmozdulás nélküli törésnél combközépig terjedő gipszrögzítés.
- Elmozdult törésnél ugyanezen rögzítés helyretétel után.
- A végtagot speciális szánkóra helyezve a sarokcsonton átfúrt drót segítségével húzókezelés, kb 2-3 hét után gipszrögzítés.

Hátrányai: pontos helyretétel ritkán lehetséges, a hosszadalmas rögzítés miatt a végtag izomzata sorvad, a nem sérült izületek bemerevednek, thrombózis veszélye nagyobb. Rossz helyzetben gyógyulás esetén járási panaszok, bokaizületi fájdalmak.

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.9.** számú **Tájékoztató lábszár 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: ……