Betegtájékoztató
Sinus (cysta) pilonidalis miatt végzendő műtéthez

1. ***Beteg neve:*** *……..……*

   Születési idő: *……..*

   TAJ: *……...*

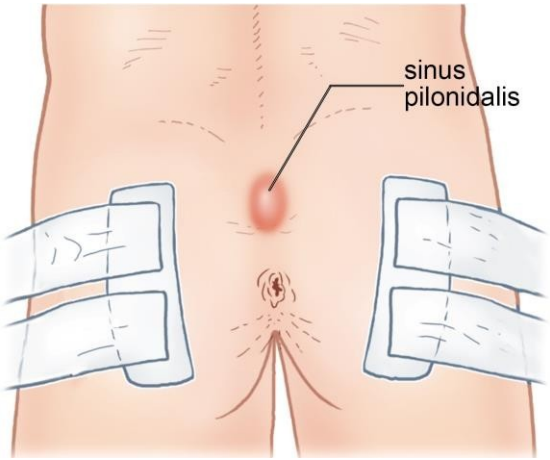
2. ***A kezelőorvos (felvilágosítást adó orvos) -neve:*** *……...*

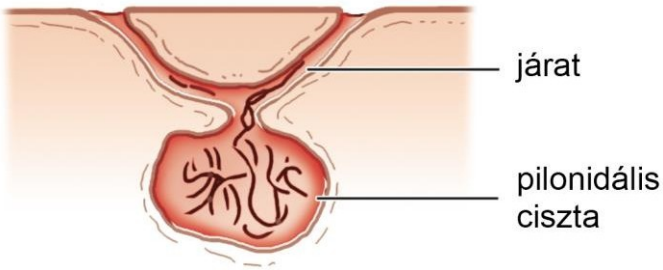
   -beosztása: *……..*

3. ***A műtétet végző osztály:*** Sebészeti Osztály

4. ***Alapvető anatómiai és élettani tudnivalók:***

A pilonidális sinus (ciszta) egy jóindulatú lágyrészelváltozás, mely jellemzően a keresztcsont fölött területen alakul ki. Kialakulásának pontos oka nem ismert. A jelenleg leginkább elfogadott álláspont szerint egy szerzett rendellenességről van szó, melyben közrejátszik a szomszédos tomportájat fedő laza szőrszálak áthatolása a bőrön. Jellemzője a farpofák közötti redőben található nyílás vagy azok sorozata, mely egy bőr alatti üregbe vezet, melyet granulációs szövet és szőrzet tölthet ki. Előfordul ennek krónikus, éveken át tartó váladékozása vagy duzzanattal és fájdalommal jelentkező akut gyulladása, tályog kialakulása.





5. ***A beavatkozás elvégzését indokoló tényezők, a beavatkozás (műtét) indikációi:***

Akut stádiumában a műtéttel célunk a gyulladás terjedésének megakadályozása és a tályog lebocsájtása. Ezzel szemben nyugalmi stádiumban célunk az elváltozás kimetszése és a váladékozás megszűntetése, az esetleges későbbi gyulladásos epizódok megelőzése.

6. ***A műtéti beavatkozás elhagyásnak várható kockázatai.***

Akut stádiumban felléphetnek szisztémás gyulladásos jelek és tünetek, elhanyagolt esetekben egy súlyos, életveszélyes állapothoz, vérmérgezéshez vezető lágyrészfertőzés, úgynevezett nekrotizáló fasciitis kialakulásával lehet számolni. Krónikus stádiumban a műtét elmaradása esetén a panaszok évekig tartó fennállása és későbbi gyulladásos epizódok kialakulása várható.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

Beteg aláírása:……

7. Egyéb kezelési lehetőségek:
Önmagában gyógyszeres kezeléstől eredmény nem várható.

8. A műtét menete, annak rövid leírása:
A műtét első lépéseként a járatrendszert annak nyílásán vagy nyílásain át egy szövetbarát festékkel feltöltve tesszük láthatóvá. Ezt követően a terület fölött egy babérlevél alakú metszésből a festődő járatrendszert szükség szerinti szélességben egészen a keresztcsont fölött található kötőszövetes lemez szintjéig kimetszük. A sebüreg méretétől függően abban alkalmanként néhány napig egy műanyag szívócsövet hagyunk hátra. A sebet általában több rétegben varratokkal zárjuk, azonban kiterjedt, nagyméretű elváltozások vagy gyulladásos jelek esetén a sebet nyitottan kezeljük.

9. Az érzéstelenítés lehetőségei, veszélyei:
A beavatkozást a beteg kórelőzményének, testalkatának és társbetegségeinek függvényében gerinc menti érzéstelenítésben vagy altatásban végezzük. (Ezek előnyeiről és hátrányairól, lehetséges szövődményeiről részletes információ az altatóorvosi tájékoztatóban olvasható).

10. Általános műtéti kockázatok:
A pilonidális sinus (ciszta) még kiterjedt és radikális kimetszést követően is kiújulhat. Mint minden műtéti beavatkozás kapcsán, előfordulhat a seb vérzése, sebfertőzés kialakulása, illetve gyakori az elhúzódó sebgyógyulás.
A kísérőbetegségektől függően fennállhat mélyvénás vérrögösödés (thrombosis) kockázata, a vérrög leválásából következő tüdőverőér rögösödés (tüdőembólia), mely életet veszélyeztető állapot lehet. Kialakulhat tüdőgyulladás, mely kiegészítő kezelést igényelhet. Amennyiben a műtéthez húgyhólyag katéter felhelyezése is szükségessé vált, húgyúti fertőzés is bekövetkezhet. A vénákba helyezett katéterek gyulladást indíthatnak el.

11. A beavatkozás (műtét) lehetséges kockázatai és következményei:
- Allergiás reakciót válthat ki a bőrfertőtlenítésre használt szer, altatáshoz használt gyógyszerek, műtét során alkalmazott antibiotikumok.
- A műtét során használt elektromos vágóeszközök égési sérülést okozhatnak a bőrön ereken , idegeken.
- Vérzés alakulhat ki a gyulladt szövetek vérbősége miatt a műtéti területben.
- Műtét után sebben vérömleny alakulhat ki, sebgennyedés fejlődhet ki.
- Gyakori az elhúzódó sebgyógyulás
- A műtéti hegben a sérült idegek miatt a sebvonalban érzéketlenség alakulhat ki, néha viszont fokozott érzékenység.
- Trombózis, illetve tüdőembolia alakulhat ki műtét alatt és utána.
- Késői következmény lehet a fel nem szívódott fonalak körül kialakult tályog, illetve vaskos hegszövet kialakulása.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

Beteg aláírása:……

12. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt műtét során:

- Vérzés esetén műtéti körülmények között a seb feltárása válhat szükségessé a vérzés ellátása céljából.
- Az elváltozás kiújulása, elhúzódó gyógyulása esetén szükséges lehet az ismételt kimetszés
- Sebfertőzés esetén a seb feltárása, rendszeres kötözés.

13. A műtét utáni időszak kb. 1-2 hét fontosabb teendői:

Javasolt a fizikai kímélet, a műtéti terület terhelésének, feszítésének kerülése. A sebet mindig fedje tiszta kötés, varratszedésig víz ne érje. Láz, a műtéti terület pirossága, duzzanata, vérzése, váladékozása, fokozódó sebfájdalom esetén sürgős, mielőbbi kontroll javasolt.

14. Műtét utáni életmód:

A műtétet és a seb teljes gyógyulását követően semmilyen speciális, életmódot érintő változás nem szükséges.

15. A gyógyulás várható időtartama:

A sebgyógyulás időtartama egyénenként, illetve az elváltozás kiterjedésétől függően nagyfokú változatosságot mutat. Egyaránt ismertek 2 hetes eseménytelenül gyógyuló és folyamatos sebkezelés mellett is csak hónapok alatt gyógyuló esetek.

16. Amennyiben **további felvilágosításra** lenne szükség a következő telefonszámon, illetve címen érhetem el orvosomat, aki további felvilágosítást adhat:
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház,
Sebészeti Osztály
3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76. Telefon: 06/46/ 515-200

17. A beteg kérdései:

.....

.....

.....

.....

18. Az orvos megjegyzései:

.....

.....

.....

.....

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

Beteg aláírása:……

Betegtájékoztató
Sinus (cysta) pilonidalis miatt végzendő műtéthez

Tájékoztatásul közöljük a következőket:

1. Az ön ellátásában közvetlenül az alábbi személyek működnek közre:
   Szakképesítés és beosztás (osztályos orvos és nővér, altatóorvos)

2. Az ön által írásban felhatalmazott személy – egészségügyi ellátásának ideje alatt – a betegségével kapcsolatos dokumentációba betekinthet, és arról másolatot készíttethet.

3. Betegségéről tájékoztatás hozzátartozóinak, illetve további személyeknek az ön által külön kitöltött nyilatkozat alapján adható.

19. Beleegyezési nyilatkozat:

A tervezett műtétről, a műtét esetleg szükséges kiterjesztéséről – részletes felvilágosító beszélgetés során – a kezelő (műtétet) végző orvosom dr. ……... kielégítően tájékoztatott.

A beszélgetés során megválaszoltak minden engem foglalkoztató kérdést a műtéttel, a műtéti kockázatokkal és a lehetséges szövődményekkel kapcsolatban.

Kijelentem, hogy maradéktalanul megértettem az írásbeli és szóbeli felvilágosítás tartalmát és nincs további kérdésem.

Elegendő gondolkodás idő után beleegyezem, hogy a felajánlott műtétet, azok ismert, lehetséges veszélyeinek tudatában rajtam az orvos elvégezze.

Beleegyezem, hogy a műtét során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálat után laboratóriumban megőrizzék és azokból tudományos igényű feldolgozásokat végezzenek, illetve a betegségemmel kapcsolatos orvosi leleteket és eredményeket az intézet tudományos céllal felhasználhassa.

Aláírásommal tanúsítom, hogy betegségem természetét megértettem, megismertem a lehetséges kezelési formákat és azok elmaradásának kockázatait. A beavatkozás kiterjesztésébe, amennyiben az a műtét során szükségessé válik, szintén beleegyezem.

Az esetleg (életveszélyes, súlyos egészségkárosító állapot esetén) szükségessé váló vér- és vérkészítmények beadásában is beleegyezem.

Ha a műtét esetleges kiterjesztésébe és a vérkészítmények esetleges beadásába nem egyezik bele, kérjük itt írásban jelezze.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

Beteg aláírása:……

Betegtájékoztató
Sinus (cysta) pilonidalis miatt végzendő műtéthez

Miskolc, ...

……	……	……..……
Orvos aláírása, pecsétszáma	***Beteg aláírása***	***Törvényes képviselő/ nyilatkozattételre kijelölt személy, vagy egyéb arra jogosult hozzátartozó aláírása***

Előttünk, mint tanúk előtt:

Aláírás: ……	***Aláírás: ……...***
Név: ……	***Név: ……***
Személyi ig. szám: ……..	***Személyi ig. szám: ……..***

Érvényes: 2020.01.01.

KÉRJÜK, HOGY A NYILATKOZAT MINDEN OLDALÁT ÍRJA ALÁ!

Beteg aláírása:……