



Kedves Betegünk, Tisztelt hozzátartozó!

Az Ön betegségének pontos diagnosztizálásához, illetve, ha már kezelés alatt áll, a kezelés hatékonyságának ellenőrzéséhez agyvíz vételre van szükség. Az ágyéki gerincből történő agyvíz vétel ennek egy speciális módja. Egy speciális eszközzel kis mennyiségű mintát nyerhetünk, mely segít a pontosabb diagnózis felállításában.

A beavatkozás menete:

A kezelőorvostól kapott szóbeli tájékoztatás és az Ön beleegyezését követően végezzük el a beavatkozást. A vizsgálat, a sterilitás szabályainak betartásával történik. A bőrfertőtlenítést és a szükség esetén alkalmazott helyi érzéstelenítést követően egy speciális csapoló tű segítségével a beavatkozást végző orvos mintát vesz.

A beavatkozás alatt kérjük, ne mozogjon!

A szövődmények lehetőségének csökkentése érdekében tájékoztassa kezelőorvosát

- esetleg meglévő gyógyszerallergiáról például jód, Lidocain, antibiotikum,
- meglévő gyógyszeres kezeléssel, azaz véralvadást csökkentő, vagy egyéb véralvadást befolyásoló gyógyszerek, mint: Aspirin protect, Syncumar, Fraxiparine, Fragmin, Clezan,
- illetve Ön által ismert vérzékenységről, ismert egyéb betegségről.

Kezelés céljából a bevezetett tűn keresztül gyógyszerbeadás történhet. A tű eltávolítása után újabb fertőtlenítés és a szűrőcsatorna steril kötéssel való ellátása. A vizsgálat elvégzése után kettő órát hason kell feküdni, majd 24 óráig ágyugalom és bő folyadékbevitel szükséges.

Lehetséges szövődmények:

- Az agyvíz lecsökkent nyomása: fejfájás, szédülés, gyengeség, hányinger.
- A vizsgálat után fertőzés alakulhat ki, agyhártyagyulladás és a szűrőcsatornának megfelelően gerinccsatornai tályog.
- Gyógyszerbeadás esetén gyógyszeres szövődmény alakulhat ki.

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott,....., sz.idő:.....,

Lakcím:.....

beleegyezem abba, hogy a betegtájékoztató elolvasását és megfelelő szóbeli tájékoztatást követően, a Lumbálpunkciót és ennek során szükséges beavatkozásokat elvégezzék.

Orvosom, Dr. tájékoztatott egészségi állapotomról, annak értékeléséről, a tervezett beavatkozás céljáról, módjáról, előnyeiről és kockázatairól, az esetlegesen választható egyéb beavatkozásokról és azok lehetséges kockázatairól. Tudomásul veszem, hogy szakszerű gyógymód, kezelés esetén is, a közölteken kívül felléphetnek előre nem várható szövődmények, amelyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a várható gyógyuláshoz. A szóban feltehető kérdéseimre a kezelőorvosomtól megfelelő válaszokat kaptam. Minden elhangzott és elolvasott tájékoztatást teljes egészében megértettem, tudomásul vettem, további vagy bővebb tájékoztatásról kifejezetten lemondok. Tudomásom van róla, hogy beleegyező nyilatkozatomat a kezelés során bármikor megváltoztathatom, visszavonhatom, ebben az esetben azonban kezelőorvosomat felelősség nem terheli a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért.

Szekszárd,
dátum

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

Aláírással igazolom, hogy a beteget részletesen tájékoztattam a Lumbálpunkció céljáról, módjáról és a beavatkozás esetleges veszélyeiről:

.....
kezelőorvos / beavatkozást végző orvos aláírása
P.H.