



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály és
010613602 -PICII. osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

GYERM-PIC II.- 05

LUMBAL PUNCTIO TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Név:	TAJ:
Születési dátum:	Betegség:
Lakcím:	

Tájékoztatót adó orvos neve:.....

Tisztelt Hozzá tartozó/ Törvényes képviselő!

A beavatkozáshoz, amelyet tervezünk, az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett beavatkozás módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

1. 1.A TERVEZETT BEAVATKOZÁS: LUMBAL PUNCTIO

indikációja (javallata):

Fontos információkat ad az agy és gerincvelő megbetegedéséről. A vizsgálat leggyakoribb indoka az agyvelőgyulladás gyanújának bizonyítása vagy kizárása. A gerincfolyadék vizsgálata ebből a célból az egyetlen lehetőség. A punkció alkalmas az esetleges fokozott gerincfolyadék nyomásának mérésére, a nyomás megszüntetésére, szükség esetén gyógyszer beadására.

rövid leírása:

A vizsgálat enyhe nyugtató adását követően, fekvő, a szúrás fertőtlenítése után történik. A beavatkozást speciális tűvel végezzük. A vizsgálat néhány percig tart.

2. A tervezett beavatkozás és gyógymód célja:

Lumbálpunkció -gerincfolyadék nyérése vizsgálat, diagnózis felállítása céljából.

3. A tervezett beavatkozás során vagy azt követően előforduló lehetséges (nem feltétlen kialakuló) szövődmények:

Allergiás reakció az alkalmazott gyógyszerekre /fertőtlenítő, nyugtató/ - bőr és lágy rész sérülés, ideg - és érsérülés, fertőződés - kis erek sérülés, vérzés - rövid ideig tartó idegfájdalom - keringési zavar, ájulás -hát- és fejfájás, hányinger, hányás - hallászavar, fülzúgás, nyomás a fülben, kettős látás - ezek múló és átmeneti tünetek - csecsemő és kisgyerekkorban ritkán szükség lehet légzés - és keringéstámogatásra - ezért intenzív osztályos háttér szükséges. Egyetlen orvosi beavatkozás sem kockázatmentes, ezért kell olyan körülmények között elvégezni, ahol ezekre fel vannak készülve.



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály és
010613602 -PICU. osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

4. Alternatívák ismertetése:

Egyéb non-invazív eljárással helyettesíteni nem tudjuk.

5. A tervezett beavatkozás elhagyásának várható következménye:

Késlelteti a diagnózis felállítását és a szükséges kezelés elvégzését

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

A lumbalpunctio sikeressége általában magas, az esetek 90-95 %-ában, kedvező anatómiai viszonyok mellett akár ennél nagyobb arányban első vagy második próbálkozásra sikeres. Elhízás, gerincdeformitás, előzetes gerincműtét vagy jelentős kopás azonban megnehezíti a kivitelezést.

A sikeres lumbalpunctio azt jelenti, hogy a tű a gerinccsatornában lévő liquortérbe jutott és onnan liquor nyerhető vizsgálatra illetve gyógyszerbeadásra is van lehetőség.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma

A vizsgálat utáni teendők:

Teljes ágynyugalom biztosítása. Felléphet fejfájás, hányás, magas láz.

8. A beteg/hozzátartozó által feltett egyéb kérdések és azokra adott válaszok:

.....

.....

.....



Észak-budai Szent János Centrumkórház
010610502 Gyermekgyógyászati Osztály és
010613602 -PICII. osztály
Vezető főorvos: Dr. Tory Vera
1125 Budapest, Diós árok 1-3
Telefon: (36-1) 458-4500; (36-1) 458-4522
Internet: www.janoskorhaz.hu

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Elismerem, hogy részletes, egyéniesített szóbeli tájékoztatást/ felvilágosítást kaptam gyermekem: egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a tervezett beavatkozás lehetséges szövődményeiről, a további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt, kérdéseimre megfelelő válaszokat.

A megajánlott beavatkozás: **LUMBAL PUNCTIO**

A megajánlott beavatkozáshoz egyetértő beleegyezésemet adom, amely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszerből mentes. Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A beavatkozás olyan, orvosiilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosiilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével.

Megértettem és tudomásul veszem, hogy gyermekem kivizsgálása és a kezelése során tanuló nővérek és orvostanhallgatók is részt vesznek.

A szükséges EESZT dokumentációba történő betekintést az orvos számára engedélyezem.

A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma:

A beavatkozás tervezett dátuma:

A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

A beteg törvényes képviselőjének aláírása

Budapest, év hó nap óra perc

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését gyermekemnél elutasítom. Ez esetben a gyermekem kezelése során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem, amelyet egyúttal kiterjesztek az ellátó Intézményre is.

A kezelőorvos aláírása, pecsétje

A beteg törvényes képviselőjének aláírása

Budapest, év hó nap óra perc