Észak-budai
Szent János
Centrumkórház

Perinatális Intenzív Centrum
Dr. Dalloul Hicham
osztályvezető főorvos
pic@janoskorhaz.hu
06 1 458 4590

BE-PIC-04

AGYKAMRA PUNCTIO

MŰTÉT BETEGTÁJÉKOZTATÓJA ÉS A BETEG NYILATKOZATA

Név:	**TAJ:**
Születési dátum	**Betegség:**
Lakcím:	

Tájékoztatást adó orvos neve: .....

Tisztelt Hozzátartozó/ Törvényes képviselő!
A műtéthez, amelyet tervezünk, az Ön beleegyezése szükséges. Felelősségteljes döntéséhez megfelelő ismeretek szükségesek, emiatt tájékoztatjuk a tervezett műtét módjáról, következményeiről, a kezelés elmaradásának veszélyeiről, illetve a kezelés során esetlegesen jelentkező szövődményekről.

1. A TERVEZETT MŰTÉT

indikációja (javallata):

- A koponyaűri nyomás fokozódásának diagnosztizálása és kezelése
- Ritkán fertőzések diagnosztizálsa vagy kezelése, esetleg genetikai illetve anyagcsere betegségek diagnosztizálása, amennyiben valamilyen körülmény miatt a lumbálpunctió (gerinccsapolás) kontraindikált, vagy nem kivitelezhető.

rövid leírása:
A vizsgálat enyhe nyugtató adását követően történik, A higiénés szabályok maximális figyelembe vételével, újszülötteknél fekve, a nagykutacson keresztül a szúrás helyének fertőtlenítése után. A beavatkozás speciális tűvel történik és néhány percig tart. A tű kihúzása után a szúrás helyét néhány órára nyomókötéssel látjuk el. Az újszülött néhány óráig csak vízszintesen feküdhet monitorizálás mellett, táplálását csak rövid időre befolyásolja.

2. A tervezett műtét és gyógymód célja:

Az újszülöttkori fertőzések néhány esetben együtt járnak az agy gyulladásával, ebben az esetben az agykamrákból folyadékot nyerünk vizsgálat, diagnózis felállítása céljából. A koraszülötteknél gyakrabban előforduló agyvérzés vagy fejlődési rendellenesség következtében agyvíz elfolyási akadály jöhet létre. Az agynyomás növekedése miatt hányás, idegrendszeri görcsök jelentkezhetnek. A táguló agykamrák nyomást gyakorolnak az agy állományára, ami keringészavart, agykárosodást okozhat. A súlyosbodó vízfejűség esetén lehetőség van a felesleges agyvíz lebocsájtására.

Ez a nyomáscsökkentésen túl fontos információkat ad az agy megbetegedéséről. A punkció alkalmas az esetleges fokozott agyvíz nyomásának mérésére, a nyomás megszüntetésére, fertőzés esetén gyógyszer beadására is.

Perinatális Intenzív Centrum
Dr. Dalloul Hicham
osztályvezető főorvos
pic@janoskorhaz.hu
06 1 458 4590

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

Hangsúlyozandó, az egyes szövődmények megjelenése és azok súlyossága is változó lehet. Ezért a lehetséges kockázat meghatározása minden esetben az adott fejlettségi mérték figyelembevételével fog megtörténni.

A kamrapunctio lehetséges szövődményei:

- Allergiás reakció az alkalmazott gyógyszerekre /fertőtlenítő, nyugtató/.
- Szúrtcsatornákon át agyvíz csorgás, fertőződés.
- Fejfájás, hányinger, hányás.
- Hallászavar, fülzúgás, nyomás a fülben, kettős látás - ezek múlóak, átmenetiek.
  Csecsemő- és kisgyerekkorban ritkán szükség lehet légzés- és keringéstámogatásra – ezért intenzív osztályos háttér szükséges.

4. Alternatívák ismertetése:

Agyhártya vagy Agyvelőgyulladás diagnósztikája során agynyomásfokozódás jeleinek hiányában, diagnosztikus punctió esetén a lumbálpunctió merül fel alternatívaként, illetve elsődlegesen választandó módszerként. Osztályunk orvosai az Önöknek legmegfelelőbb, és a rendelkezésre álló információk alapján a legbiztonságosabb beavatkozást fogják javasolni Önöknek. Ennek természetesen szintén jól definiált indikációi és kontraindikációi vannak.

5. A tervezett műtét elhagyásának várható következménye:

Késleltetheti a diagnózis felállítását és a szükséges kezelés elvégzését, ezáltal nagyobb esély van a súlyosbodó agyhártyagyulladás késői szövődményei kialakulására.
Vízfejűség esetén a tehermentesítés elmaradása a vízfejűség súlyosbodását, agynyomás fokozódást okozhat.

6. A siker valószínűsége és a siker jelentésének értelmezése:

Sikeres beavatkozásnak tekintjük azt, amikor az agyhártyagyulladás fennállásának vagy hiányának kizárásával megfelelő, célzott kezelést tudunk biztosítani a betegnek. Vízfejűség esetén tehermentesítő eljárás lehet átmenetileg, a végleges műtéti megoldásig.

7. A felépülés alatt várható fontosabb problémák, gyógyulás időtartalma:

Hányás, fejfájás esetén 1-2 nap infúziós kezelés megszűnteti a tüneteket. Fájdalom esetén fájdalomcsillapítás, nyugtatás, pozícionálás.

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

……

……

……

Észak-budai
Szent János
Centrumkórház

Perinatális Intenzív Centrum
Dr. Dalloul Hicham
osztályvezető főorvos
pic@janoskorhaz.hu
06 1 458 4590

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Elismerem, hogy részletes, egyéniesített szóbeli tájékoztatást/felvilágosítást kaptam: a gyermek 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 további ellátásokról, a javasolt életmódról. A felvilágosítás teljességgel kielégítő volt, a kérdéseimre megfelelő válaszokat kaptam.
A megajánlott beavatkozás: **AGYKAMRA PUNCTIO**

A megajánlott műtéthez egyetértő beleegyezésemet adom, mely megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes. Tudomásul veszem, hogy a műtét elvégzéséhez való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A műtét olyan, orvosilag indokolt kiterjesztéséhez, amely előre nem volt látható, hozzájárulásomat adom. Egyetértek az orvosilag indokolt változtatásokkal, az érzéstelenítés módosításával, illetve kiterjesztésével, és az esetlegesen szükségessé váló vérátömlesztéssel.

A tájékoztatást/felvilágosítást megértettem, kérdéseimre választ kaptam.

A tájékoztatás/felvilágosítás dátuma: ……

A műtét tervezett dátuma: ……..

---------- ----------
A beteg törvényes képviselőjének aláírása A tájékoztatást adó orvos aláírása és pecsétje

Budapest, …..… év …… hó ….. nap ….... óra ….. perc

ELUTASÍTÓ NYILATKOZAT

A kezelőorvos részletes tájékoztatása/felvilágosítása — mely a műtét elmaradása esetén előforduló következményekre is kitért — ellenére a beavatkozás elvégzését elutasítom.

---------- ----------
A beteg törvényes képviselőjének aláírása A kezelőorvos aláírása, pecsétje

Budapest, …..… év …… hó ….. nap ….... óra ….. perc