Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

INFORMOVANÝ SOUHLAS K LUMBÁLNÍ PUNKCI

jméno, příjmení pacienta/pacientky:_____
(hůlkovým písmem)

výška/váha pacienta/pacientky:_____

rodné číslo (číslo pojištěnce): _____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/pacientky:_____

_____

Účel, důvod zákroku (vyšetření)
Lumbální punkce – odběr mozkomíšního moku k laboratorní analýze.
Lumbální punkce před myeloscintigrafií.

Rizika zákroku (vyšetření) *(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření)):*
Dotek nervového kořene projevující se vteřinovou bolestí v končetině nebo trnutím, bez následného poškození kořene.

Postpunkční bolesti hlavy nebo pocit ke zvracení zejména při postavení.

Možnost infekce v likvorových prostorech – prakticky odpadá provedením výkonu jehlou na jedno použití.

Bolest v místě vpichu.

Vzácně déletrvající krvácení z místa vpichu při poruchách srážlivosti.

Alergické reakce na dezinfekční látku.

Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké):
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo tvorbě krevních podlitin (modřin)?

Trpíte přecitlivělostí vůči náplastem?

Užíváte léky na ředění krve (Warfarin, Lavarin, Pradaxa, Xarelto)?

Alternativa k výkonu:
Současná medicína nemá k dispozici jiné vyšetření, které by nahradilo informace získané laboratorním rozborem mozkomíšního moku.

Variantou klasické lumbální punkce je punkce atraumatickou jehlou.

Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací:
Dodržování klidového režimu na lůžku po výkonu – první hodinu lépe v poloze na břiše, následujících 24 hodin v jakékoliv poloze vleže, nechodíte.

Dostatečný příjem tekutin (nejméně 2-3 litry) po výkonu.

Včasné informování zdravotního personálu o Vašich případných potížích zabrání rozvoji možných komplikací.

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

Já, níže podepsaný(á) pacient(ka), potvrzuji:

že jsem byl(a) lékařem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o účelu, povaze, průběhu, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích zdravotního výkonu,

že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok,

že jsem srozuměn(a) s riziky, která jsou s tímto zákrokem spojena s riziky, která jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav,

že jsem byl(a) srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o dodržování správných zásad radiohygieny při diagnostické aplikaci radiofarmak,

že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných rizik a možných alternativ, otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti,

že jsem srozuměn(a) s tím, že neexistuje záruka toho, že vyšetření změní můj zdravotní stav k lepšímu,

že jsem nezamlčel(a) žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na vyšetření,

že jsem při plném vědomí, orientován(a) v čase, místě a osobou, a již nemám žádné další otázky,

bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších výkonu nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou výkony provedeny.

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum:

Podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce:_____

Jméno a příjmení

zákonného zástupce /opatrovníka/:_____

RČ:_____

Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout. Vyjadřuji souhlas s indikací vyšetření na návrh indikujícího lékaře.

Datum: Jméno lékaře:_____ Podpis lékaře:_____