

Příloha č. 1

Oddělení :

Identifikace pacienta:

Informovaný souhlas s lumbální punkcí

Lumbální punkce je zákrok umožňující odebrat na vyšetření mozkomíšní mok, změřit jeho tlak nebo aplikovat do páteřního kanálu buď kontrastní látku před rentgenovým vyšetřením nebo aplikovat léčebný prostředek.

Provádíme ji při podezření na infekci či zánět nervového systému (meningitida, encefalitida), roztroušenou sklerózu, krvácení pod pavučnicí, k vyloučení přítomnosti nádorových buněk či útlaku míchy nebo nervových kořenů.

Postup vyšetření:

Provádí se vpichem tenké jehly mezi trny dolních bederní obratlů, v místě, kde již není mícha; špička jehly se zavádí do prostoru pod tvrdou plenu a pod pavučnici. V této části páteřního kanálu probíhají již jen míšní kořeny a lze odtud bez nebezpečí pohodlně odebrat mozkomíšní mok. Odebíráme 5-15 ml moku – toto množství se velmi rychle doplní. Pacient při vyšetření sedí nebo leží na boku, musí být uvolněný v poloze „kočičího hřbetu“, tedy s prohnutou bederní páteří dozadu. Za provedení lumbální punkce je odpovědný provádějící lékař, který se Vám představí před výkonem.

Rizika vyšetření:

Při provedení lumbální punkce se může objevit bolest v místě vpichu nebo bolest šířící se do dolní končetiny přechodného charakteru, jen velmi zřídka i delšího trvání. Někdy se objeví po provedení punkce tzv. postpunkční obtíže projevující se bolestí hlavy, slabostí, točením hlavy při sezení či po postavení spojené s pocitem na zvracení či dokonce i zvracením. Příčinou je zmenšený objem mozkomíšního moku a snížený tlak v prostorech naplněných mokem. Velmi vzácnou komplikací je infekce lokální v místě vpichu nebo infekce mozkomíšních plen.

V případě, že se objeví výše uvedené postpunkční obtíže je nutný klid na lůžku, většinou několik dní, což prodlouží hospitalizaci. V krajním případě je někdy nutné provést tzv. aplikaci „krevního koláče“, tedy aplikaci malého množství krve pacienta do místa před průnikem jehly tvrdou plenu a zacelení otvoru po punkci – většinou dojde ihned k ústupu obtíží.

Obavy z ochrnutí po lumbální punkci jsou zcela zbytečné.

Alternativy vyšetření:

Lumbální punkce je výkon, který nelze žádným jiným způsobem nahradit – odběr mozkomíšního moku jinak provést nelze.

Režim pacienta po provedení vyšetření:

Po provedení lumbální punkce doporučujeme ležet ½ hodiny na břiše, - poté v závislosti na event. bolestech hlavy, pacient leží na lůžku 6-24 hodin s mírně podloženou hlavou,

necháváme pít ½ - 1 litr destilované vody, denní příjem tekutin by měl být v následujících 48 hodinách 3 litry.

Důsledky případného odmítnutí léčby, navrhovaného postupu nebo výkonu:

V případě pacientova nesouhlasu s provedením lumbální punkce je nebezpečí, že nebude správně a rychle stanovena diagnóza výše uvedených onemocnění.

Právo odmítnout navrhované vyšetření:

Po rozhovoru s lékařem máte právo nesouhlasit s vyšetřením. Pokus souhlas nebude dán, lékař vám vysvětlí možné následky odmítnutí a učiní záznam do dokumentace, který oba podepíšete.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo níže podepsaným lékařem řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení porozuměl/a, nemám žádné další dotazy.

Souhlasím s vyšetřením ANO - NE

Souhlasím/nesouhlasím s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (žáci zdravotnických škol, studenti medicíny, apod.) při vyšetření

Souhlasím/nesouhlasím s tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu.

Souhlasím/nesouhlasím pokud to bude nutné pro navazující léčebný postup nezbytné, s předání nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který povoluje zákon na ochranu osobních údajů.

Datum a čas:

Jméno a podpis lékaře:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce:

Vyplňte v případě, že pacient není schopen pro svůj zdravotní stav informovaný souhlas podepsat.

Důvod, pro který nemohl pacient souhlas podepsat:

Způsob projevu souhlasu: kývnutím hlavy gestem očima jinak

Jméno a příjmení svědka:.....

Datum narození:

.....

Není-li svědek zaměstnancem

NT, a.s.

Podpis svědka: