

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

GERINCVÍZ-VÉTEL (LUMBALPUNCTIO)

- A beavatkozás célja:** A gerincevelő űrből gerincfolyadék (liquor) vétele diagnosztikus, illetve terápiás céllal. A gerincvíz részletes laboratóriumi vizsgálata általában más vizsgálattal nem pótolható információkkal szolgál idegrendszeri gyulladások, sérülések, agykamrába, az agyat körülvevő térbe törő vérzés, idegrendszert érintő immunbetegség, illetve daganatok idegrendszeri áttéteinek felderítéséhez, a betegség gyógyításához szükséges kezelés megindításához. Egyes idegrendszeri gyulladások és ideget érintő daganatok hatásos kezeléséhez néha szükség lehet gyógyszerek bejuttatására a gerinctérbe.
- A beavatkozás menete, technikája:** Vékony tűvel az ágyéki gerinc alsó részén behatolunk a gerinctérbe, majd 3-10 ml gerincvizet bocsátunk le.
- A beavatkozás esetleges veszélyei, szövödményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok:**
 - A beavatkozás után fejfájás, szédülés, hányinger, esetleg hányás alakulhat ki, főleg, ha a beteg nem fekszik nyugalomban a szúrás követő kb. 24 órán át. – *Bő folyadékfogyasztás és ágynyugalom mellett a panasz általában néhány nap alatt megszűnik.*
 - Ha a beavatkozás közben a tű az ideggyököt érinti, pillanatnyi éles fájdalmat okozhat.
 - Helyi bőrfertőzés, bőrpír. – *Helyi gyulladás gátló kezeléssel az esetek döntő többségében gyorsan meggyógyul.*
 - Az esetek kb. 1 ezrelékében agyhártya-, agy-gerincevelő-, központi idegrendszeri gyulladás. – *Tartós vénás antibiotikus kezelés szükséges.*
 - Agyvíz (liquor) csorgás – *Nyomókötés alkalmazásával általában néhány nap alatt elmúlik.*
 - A szúrás következtében ritkán helyi, bőr alatti illetve gerinc csatorna közeli vérömleny keletkezhet
- Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei:** A fent felsorolt betegségekben esetleg olyan pótolhatatlan információtól esünk el, melynek hiánya miatt a legmegfelelőbb kezelést elindítani biztonsággal nem tudjuk, ami az idegrendszeri gyulladások, illetve áttétek esetén a betegség rosszabbodásához vezethet.
- Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák:** Agykamrában törő vérzés, idegrendszeri sérülések, daganatok esetén koponya CT vagy MR vizsgálat. Idegrendszeri gyulladások, idegrendszert érintő immunbetegségek, illetve az agyburkokat érintő áttétek, lágyagyhártya alatti vérzés egyes eseteiben a gerincvíz-vétel más vizsgálattal nem pótolható.
- Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:**
- Egyénre szabott beteg tájékoztatás:**

Folytatás a túloldalon!



MARKUSOVSZKY
EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ
SZOMBATHELY

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház
Székhely: 9700 Szombathely • Markusovszky L. u. 5.

..... Osztály



· MSZ EN ISO 9001 ·
· MSZ EN ISO 14001 ·
· MSZ 28001 ·
· MEES ·

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezelések elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.