

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

### Lumbální punkce

#### **Vážená paní/pane,**

rozhodl/a jste se na doporučení Vašeho ošetřujícího lékaře podrobit lumbální punkci. Před tímto vyšetřením budete ošetřujícím lékařem informován/a o povaze výkonu, jeho přínosu ke zjištění příčiny Vašich obtíží, jeho výhodách a nevýhodách oproti jiným vyšetřovacím postupům, jeho možných komplikacích a rizicích. Tento materiál by Vám měl podat základní informaci o tomto typu vyšetřovacího postupu a měl by být vodítkem k Vašemu dalšímu rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

#### **Proč se lumbální punkce provádí**

Lumbální punkce s odběrem mozkomíšního moku se provádí především za účelem diagnostiky zánětlivých, krvácivých a onkologických onemocnění centrální nervové soustavy.

#### **Má plánovaný výkon nějakou alternativu**

Tento miniinvasivní výkon v klinické neurologické praxi alternativu nemá.

#### **Jak se připravit?**

K vyšetření není nutná prakticky žádná příprava. Vyšetření se provádí na našem pracovišti za hospitalizace.

#### **Jak vyšetření probíhá**

Vyšetření provádíme v sedu nebo vleže na boku s vyhrbením hrudní a bederní oblasti páteře.

Lékař provede vpich do prostoru mezi obratlovými těly, kde již není sloupec míšní, tedy se nenapichuje mícha, jak se v laické veřejnosti často traduje. Po odběru moku leží pacient na lůžku alespoň 12 hodin, ale převážně 24 hodin, z toho první 1-2 hodiny na břiše, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Pacient se může vleže převracet na lůžku, tedy nemusí ležet strnule na zádech. Současně přijímá co nejvíce tekutin. Ležením na lůžku a zvýšeným příjmem tekutin omezuje pacient možnost vzniku bolestí hlavy, které se někdy přechodně po tomto vyšetření objevují. Po domluvě s lékařem a s přihlédnutím k celkovému zdravotnímu stavu je pacientovi někdy dovoleno navštěvovat toaletu i během prvních 24 hodin po vyšetření.

Pokud je pacient přijatý pouze k provedení lumbální punkce, je většinou propuštěn z oddělení za 48 hodin po tomto vyšetření.

#### **Možné komplikace**

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař.

Po lumbální punkci se mohou objevit přechodné bolesti hlavy trvající několik dnů, výjimečně týdnů. Dále se může objevit bolestivost v místě vpichu, bolesti v zádech, lokální krvácení.

#### **Vážená paní/pane,**

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora/anesteziologa) na všechno, co Vás ve vztahu k ambulantnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby váš výkon proběhl bez komplikací.

#### **PROSÍME, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!**

Přejeme Vám, ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacient/ka: ..... RČ: ..... Oddělení: .....

Bytem: .....

Zákonný zástupce/opatrovník: ..... RČ: .....

Bytem: .....

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře **výslovně souhlasím** a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem **výslovně souhlasím**. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byl/a jsem rovněž podrobně poučen/a o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbanálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědom/a toho, že provedení doporučeného výkonu mohou podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědom/a, že zamlčení jakýchkoliv údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebyť informován/a o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučen/a, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilý/á podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

Podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka\*: .....

Já, níže podepsaný(á), MUDr. ...., potvrzuji, že pacient(ka)/zákonný zástupce/opatrovník \* byl(a) podrobně seznámen(a) se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byl(a) informován(a) o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne: ..... v .....hod.

Podpis lékaře: .....

Jmenovka a podpis svědka: .....

\* nehodící se škrtněte