

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Lumbálpunctió</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Készült: 2017.05.08.</b>	<b>1.oldal a(z)</b>	<b>Módosítás</b>
	<b>Hatályos: 2017.05.08.</b>	<b>2 oldalból</b>	<b>1</b>
<b>Dokumentum száma:</b> <b>Bny./CsGy./01.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Márkus Anita osztályvezető főorvos</b>		

Beteg neve: ..... TAJ száma: .....

### Tisztelt Szülő!

Tájékoztatjuk, hogy gyermeke betegségének tisztázása érdekében lumbálpunctió elvégzését tartjuk indokoltnak.

#### A beavatkozás célja:

A gerincvelő üregéből liquort /agyvizet/ bocsátunk le, melynek laboratóriumi vizsgálatával pontos diagnózishoz juthatunk, és egyúttal a koponyaúri nyomást is csökkentjük.

A punctiót olyan helyen végezzük, ahol a gerincvelő sérülésétől már nem kell tartani. /III-IV. ágyéki csigolya közt/

**Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul).....**

**A beavatkozás tervezett időpontja: .....**

#### A beavatkozás módja:

Ülő vagy oldalt fekvő helyzetben előrehajolva a gyermeket lefogjuk, hogy esetleges mozgását meggátoljuk. A szúrás helyét fertőtlenítjük, majd helyi érzéstelenítés után a speciális lumbálpunctiós tűt a gerincvelő üregébe vezetjük és kb. 5 ml liquort bocsátunk le, majd a tűt kihúzzuk. Ezután a vizsgálat helyét fertőtlenítjük, sterilen leragasztjuk és a beteget laposan fektetjük 12 órán át. Gondoskodunk bő folyadékpótlásról.

#### Esetleges szövődmények:

Átmeneti fejfájás, szédülés, hányinger előfordulhat. Nem megfelelő sterilitás esetén agyhártyagyulladás.

#### A beavatkozás elmaradásának következményei:

A diagnózis tisztázatlansága, a megfelelő kezelés elmaradásának következtében a betegség súlyosbodása.

#### Alternatív lehetőségek:

Vérzés gyanúja esetén CT vagy MR. vizsgálat.

Gyulladásos betegség esetén nincs alternatív lehetőség.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
<b>Dokumentum címe:</b>	<b>Lumbálpunctió</b>		
<b>Változat: 02</b>	<b>Készült: 2017.05.08.</b>	<b>2.oldal a(z)</b>	<b>Módosítás</b>
	<b>Hatályos: 2017.05.08.</b>	<b>2 oldalból</b>	<b>1</b>
<b>Dokumentum száma:</b> <b>Bny./CsGy./01.</b>	<b>Hatályba helyezte: Dr. Márkus Anita osztályvezető főorvos</b>		

### Beleegyezési nyilatkozat

A beavatkozásról a tájékoztatót elolvastam, az orvos általi szóbeli tájékoztatást megértettem, az általam feltett kérdésekre megnyugtató, kielégítő válaszokat kaptam, ezzel kapcsolatban további kérdésem nincs. A beavatkozás elvégzésébe beleegyezem, kérem annak elvégzését.

.....  
a felvilágosítást végző személy

.....  
szülő / törvényes képviselő neve, aláírása

szem.ig.száma: .....

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

### Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....  
a felvilágosítást végző személy

.....  
szülő / törvényes képviselő neve, aláírás

szem.ig.száma: .....

1. Tanú:.....  
aláírás

2. Tanú:.....  
aláírás

Siófok, ..... év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!