

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Gerinc csapolás		
Változat: 03	Készült: 2018.05.18. Hatályos: 2018.05.18.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 2
Dokumentum száma: Bny./ID./02.	Hatályba helyezte: Dr. Jófejjú Etelka osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ száma:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy gyógyulása érdekében gerinc csapolás elvégzését tartjuk szükségesnek.

A beavatkozás célja:

A gerincvelő üregéből diagnosztikus vagy therápiás célból agyvizet bocsátunk le.
A csapolást olyan helyen végezzük, ahol már nem kell a gerincvelő sérülésétől tartani. /3-5.ágyéki csigolya között/

Diagnózis (jelenlegi egészségi állapot magyarul).....
A beavatkozás tervezett időpontja:

Mi történik a beavatkozás előtt:

A beavatkozás előkészítést nem igényel. Tájékoztatjuk a beteget arról, hogy az eljárás minimális fájdalommal jár, de szükség van arra, hogy nyugodtan maradjon.

A beavatkozás módja:

A vizsgálatot ülő, vagy oldalt fekvő helyzetben végezzük.
A kiültethető beteget a székre lovaglólásban a szék támlájával szembe ültetjük, két karját a szék támlájára helyezze el, és erre hajtja a fejét. Az ágyat elhagyni nem tudó beteget az ágy szélére ültetjük, vele szemben állva fejét előre hajtjuk, karjait maga előtt összefogva, tenyerünket vállára téve megtámasztjuk. A szúrás helyét fertőtlenítjük, szükség esetén helyi érzéstelenítést is alkalmazunk. A szúrás pillanatában figyelmeztetjük a beteget, hogy tartsa magát mozdulatlanul. A vizsgálat befejezése után a szúrás helyét fertőtlenítjük és sterilen leragasztjuk, majd a beteget laposan fektetjük 20 percig hason, majd 24 órát hanyatt. Gondoskodunk bő folyadékpótlásról.

A beavatkozás esetleges szövődményei:

Előfordulhat fejfájás, szédülés, hányinger. Nem megfelelő sterilitás esetén agyhártyagyulladás.

A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:

A diagnózis tisztázatlansága miatt, a megfelelő kezelés elmaradása következtében a betegség súlyosbodása, esetleg halál.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Gerinc csapolás		
Változat: 03	Készült: 2018.05.18. Hatályos: 2018.05.18.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 2
Dokumentum száma: Bny./ID./02.	Hatályba helyezte: Dr. Jófejű Etelka osztályvezető főorvos		

Lehetséges alternatív megoldások:

Vérzés gyanúja esetén CT. vagy MR. vizsgálat.
Gyulladásos betegségek esetén nincs alternatív lehetőség.

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

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

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

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....
aláírás

2. Tanú:.....
aláírás

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

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!