

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Cisterna punkció		
Változat: 02	Készült: 2017.05.08.	1.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2017.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./ID./01.	Hatályba helyezte: Dr. Jófejú Etelka osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ száma:

Tisztelt Betegünk!

Tájékoztatjuk Önt, hogy gyógyulása és betegségének tisztázása érdekében cisterna punkció elvégzése szükséges.

A beavatkozás célja:

Agyvíz lebocsátása a kisagy alatt lévő nagy cisternából.

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

Mi történik a beavatkozás előtt:

A vizsgálat különösebb előkészítést nem igényel.

A beavatkozás módja:

A vizsgálatot ülőhelyzetben végezzük. A beteg fejét előrehajtván, a nővér két tenyere közé fogva rögzíti. Szükség esetén kis területen a haját le kell borotválni, majd fertőtlenítés után történik a punkció. A tű végére illesztett steril fecskendővel óvatosan szívni kezdi az orvos a liquort. A szúrás helyét fertőtlenítjük és leragasztjuk. A beavatkozás után a beteg szabadon mozoghat.

A beavatkozás esetleges szövődményei:

Ritkán előforduló fejfájás, agyhártyagyulladás, ha a sterilitás nem megfelelő.

A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:

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

Lehetséges alternatív megoldások:

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

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Cisterna punkció		
Változat: 02	Készült: 2017.05.08.	2.oldal a(z)	Módosítás
	Hatályos: 2017.05.08.	2 oldalból	1
Dokumentum száma: Bny./ID./01.	Hatályba helyezte: Dr. Jófejű Etelka osztályvezető főorvos		

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!