

**Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) pacienta
s lumbální punkcí**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

**Lumbální punkce -
odběr mozkomíšního moku**

Účel výkonu

Prokázání nebo vyloučení zánětlivého onemocnění centrální nervové soustavy, krvácení nebo nádorových či degenerativních změn mozku, míchy, jejich obalů či nervových kořenů.

Povaha výkonu - provedení

Vsedě nebo vleže se po řádné dezinfekci provede vpich jehly do oblasti lumbální páteře (hluboko pod místem, kde končí mícha samotná), jehlou se pronikne do páteřního kanálu a nechá odkapat mozkomíšní mok, následuje přísný klid na lůžku cca 24 hodin - další režim podle individuální tolerance nemocného.

Předpokládaný prospěch výkonu

Viz účel – stanovení diagnózy.

Alternativa výkonu

U zánětů alternativa není možná.

U krvácení možno nahradit CT, MRI.

Možná rizika zvoleného výkonu

Při správném provedení závažnější riziko nehrozí.

Následky výkonu

Průvodním jevem mohou být bolesti hlavy nebo zvracení v souvislosti se snížením tlaku likvoru (mozkomíšního moku), bolest v místě vpichu - vždy přechodného charakteru.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
---	-----	----

Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím i s provedením všech dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci