

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

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

Název výkonu

Odebrání vzorku mozkomíšního moku

Účel výkonu

Cílem je vyšetření tekutiny obíhající kolem mozku a míchy. Tímto vyšetřením můžeme vyloučit postižením centrálního nervového systému zánětem, krvácením nebo nádorovou infiltrací.

Povaha výkonu

Výkon se provádí vsedě nebo vleže speciální dutou jehlou se zavedeným odstranitelným uzávěrem (mandrénem). Vpich se provádí mezi oblouky dvou sousedních bederních obratlů. Vpichem se dostáváme do prostoru páteřního kanálu v místě, kde již nemůžeme poškodit míšní struktury. Vytažením mandrénu z jehly odebíráme potřebné množství mozkomíšní tekutiny k následnému zpracování. Pomocí duté jehly můžete změřit tlak mozkomíšního moku manometrem nebo také podat speciální léky přímo do páteřního kanálu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyloučení zánětlivého, cévního, nádorového nebo neurodegenerativního postižení centrální nervové soustavy.

Alternativa výkonu

Zobrazení mozku a míchy pomocí počítačové tomografie nebo magnetické rezonance nedokáže spolehlivě vyloučit počínající zánět nervových struktur a není schopno vyšetřit specifické markery (ukazatele) používané u mnoha onemocnění mozku a míchy.

Možná rizika zvoleného výkonu

Celá oblast vpichu je dezinfikována a je použita jednorázová jehla, proto není riziko zavlečení infekce do páteřního kanálu.

Možnost uskrtnutí mozkové tkáně při výrazně zvýšeném nitrolebním tlaku je vyloučena předchozím vyšetřením zobrazením mozku nebo vyšetřením očního pozadí.

V místě vpichu se může vytvořit drobná podlitinka.

Pro snížení rizika výkonu prosím oznamte ošetřujícímu lékaři užívání léků ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin, Lawarin).

Následky výkonu

Po výkonu doporučujeme ležet ve vodorovné poloze minimálně 12 hodin, nejlépe 24 hodin. Je nutný dostatečný přísun tekutin. Následkem odebrání mozkomíšního moku se mohou projevit tupé bolesti hlavy spojené se závratí, s nevolností nebo zvracením.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu 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.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina