

**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
з люмбальної пункцією**

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Пацієнт – Ім'я та прізвище:	
Ім'я законного представника (опікуна):	Персональний номер:

Назва процедури

Забір спинномозкової рідини

Мета процедури

Мета – дослідити рідину, яка циркулює навколо головного та спинного мозку. Таке обстеження дозволяє виключити ураження центральної нервової системи внаслідок запалення, крововиливу або пухлинної інфільтрації.

Характер процедури

Процедура проводиться сидячи або лежачи за допомогою спеціальної порожнистої голки зі знімним ковпачком (мандреном), що вводиться всередину. Ін'єкція проводиться між дугами двох сусідніх поперекових хребців. Пункція використовується для досягнення зони спинномозкового каналу у місці, де вже не можна пошкодити структури спинного мозку. Витягуючи мандрен з голки, ми забираємо необхідну кількість спинномозкової рідини для подальшої обробки. За допомогою порожнистої голки можна виміряти тиск спинномозкової рідини за допомогою манометра, а також ввести спеціальні ліки безпосередньо в спинномозковий канал.

Очікувана користь від процедури

Виключення запального, судинного, пухлинного або нейродегенеративного ураження центральної нервової системи.

Альтернатива процедури

Візуалізація головного та спинного мозку за допомогою комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної томографії не може достовірно виключити запалення нервових структур в початковій стадії і не в змозі дослідити специфічні маркери (показники), які використовуються при при багатьох захворюваннях головного і спинного мозку.

Можливі ризики обраної процедури

Все місце ін'єкції дезінфікується, і використовується одноразова голка, тому ризик занесення інфекції в спинномозковий канал відсутній.

Можливість викривлення мозкової тканини при значно підвищеному внутрішньочерепному тиску виключається шляхом попередньої візуалізації головного мозку або обстеження очного дна.

В місці ін'єкції може утворитися невеликий синець.

Для зменшення ризику проведення процедури просимо повідомити лікаря про застосування препаратів, які впливають на згортання крові (варфарин, леворин).

Наслідки процедури

Після процедури рекомендується лежати в горизонтальному положенні не менше 12 годин, бажано 24 години. Необхідно вживати достатню кількість рідини. Внаслідок забору спинномозкової рідини може виникнути тупий головний біль, пов'язаний із запамороченням, з нудотою або блюванням.

Згода:**прим. Обведіть кружком свою відповідь:**

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:

- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:

--

Як пацієнт висловив свою волю :

--

Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година