



TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Gerincvízvétel

EHB 7-09/00-43

Változat: 1

Hatálybalépés:

2023-04-28

Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház**Tagkórház megnevezése:****Tagkórház címe:****OSZTALY NEVE:**

Osztályvezető főorvos:

NEAK KÓD:

Beteg neve:**Születési név:****Születési hely, idő:****Lakcím:****TAJ szám:****Anyja neve:**

Cselekvőképtelen személy, korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve a cselekvőképességében bármely ügycsoport tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a törvényes képviselő adatai (név, szül. idő, anyja, lakcím) és a korlátozás alá eső ügycsoport megjelölése:

Rokonsági foka:

☐ a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában☐ b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképés☐ ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában☐ bb) gyermeke, ennek hiányában☐ bc) szülője, ennek hiányában☐ bd) testvére, ennek hiányában☐ be) nagyszülője, ennek hiányában☐ bf) unokája☐ c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a

beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképés

☐ ca) gyermeke, ennek hiányában☐ cb) szülője, ennek hiányában☐ cc) testvére, ennek hiányában☐ cd) nagyszülője, ennek hiányában☐ ce) unokája

Ha az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van, tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során igényli-e támogatója jelenlétét?	Igen / nem ¹
Ha igen:	
Támogató neve:	
Címe:	
Telefonszáma:	

1./ Betegség megnevezése fődiagnózis (magyarul, esetleg latinul):**2./ Beavatkozás megnevezése (magyarul, esetleg latinul):** Gerincvízvétel (lumbálpunkció).**3./ Beavatkozást, tájékoztatást végző orvos:****4./ Beavatkozások elvégzésének tervezett időpontja:****5./ Javasolt beavatkozás előnye:**

A gerincvíz részletes laboratóriumi vizsgálata általában más vizsgálattal nem pótolható információkkal szolgál idegrendszeri gyulladások, az agyat körülvevő térbe törő vérzés, idegrendszert érintő immunbetegségek, ill. daganatok idegrendszeri áttéteinek felderítéséhez, a betegség gyógyításához szükséges kezelés megindításához. Egyes idegrendszeri gyulladások és idegrendszert érintő daganatok hatásos kezeléséhez szükség lehet gyógyszerek bejuttatására is a gerinctérbe.

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

A beavatkozás kockázatai, lehetséges szövődményei:

- Fertőzések (agyhártya, agy-, gerincvelő gyulladás).
 - A fertőtlenítéshez használt oldat helyi allergiás reakciót, ritkán enyhe bőrpírt, bőrviszketést okozhat.
 - A vizsgálat után fejfájás (ami akár napokig is tarthat), szédülés, hányinger, esetleg hányás jelentkezhet, ami elkerülhető, ha a beteg a szúrás követő 48 órát fekvő pihenőben tartja magát, és bőven fogyaszt folyadékot.
 - Ha a vizsgálat közben a tű az ideggyököket érinti, pillanatnyi hasító fájdalmat okozhat, de ennek nincs későbbi következménye.
 - A tű eret találhat el, ilyenkor a gerincvíz véresen elszíneződik, a vérzés magától megszűnik.
- az általános tájékoztatás betegre szóló kiegészítése:
- személyre szabott kockázatok:

Az esetleges szövődmények csökkentése, elkerülése érdekében **KÉRJÜK ALÁHÚZÁSSAL, ILLETVE KIFEJTÉSSEL** válaszoljon az alábbi kérdésekre:

Szed-e véralvadásgátló szert?	☐ nem	☐ igen
Van-e epilepszia betegsége?	☐ nem	☐ igen
Van-e beültetett szívritmus szabályozója?	☐ nem	☐ igen
Terhes-e?	☐ nem	☐ igen
Van-e említésre méltó betegsége?	☐ nem	☐ igen

.....

6./ Javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázatai:

Idegrendszeri gyulladások, immunbetegségek, ill. az agyburkokat érintő áttétek esetén a gerincvízvétel más vizsgálattal nem pótolható. A diagnózis pontatlan lehet, ami a helyes kezelés időben történő elkezdését megakadályozhatja.

7./ Lehetséges alternatív eljárások, módszerek:

Az agyat körülvevő térbe törő vérzés tisztázására a CT alternatív eljárás, de ez lehet negatív, ami téves diagnózishoz vezethet. A többi fent felsorolt betegségben és a gerincvízbe történő gyógyszerbevitelben más eljárással nem helyettesíthető.

8./ Az ellátás folyamata:

A beavatkozást közben Ön széken ülve előrehajlik, hátát kidomborítja, fejét előre hajtja, vagy oldalt fekszik, térdeit a hasához húzza, fejét előrehajtja. A vizsgálat közben mindvégig mozdulatlanul kell maradnia. Deréktájon a bőrét fertőtlenítő oldattal többször lemossuk, majd az ágyéki csigolyák (rendszerint a 3-as és 4-es) között tűt szúrunk be. Mivel a beavatkozás egyetlen szúrásból áll, érzéstelenítést nem alkalmazunk. Ezt követően 3-5 ml mintát veszünk a gerincvízből. A tű kihúzása után a szúrás helyét leragasztjuk, amit néhány óra után eltávolíthat.

9./ A javasolt életmódról, további ellátásokról kezelőorvosomtól folyamatosan és a Zárójelentésben írásban kapok tájékoztatást.

A fenti és az általam feltett kérdésekre mind szóban, mind írásban számomra érthető megfelelő és kielégítő tájékoztatást, illetve választ kaptam.

Kellő idő és információ állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, beleegyezem-e a vizsgálatba. Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott beavatkozás visszautasítására, ezt saját kézírással írt és aláírt teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenségem esetén két tanú együttes jelenlétében megtett és azok aláírásával ellátott magánokiraton kell megtennem. Ez esetben a beavatkozás elmaradása miatti következményekért (különösen, de nem kizárólagosan a gyógyeredmény alakulásáért) azokat az orvosokat, akik által javasolt beavatkozást nem fogadtam el, felelősség nem terheli.

Tudomásul veszem, hogy a beavatkozás elvégzésébe való beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. Alapos ok nélküli visszavonás esetén azonban köteles vagyok az ezzel összefüggésben felmerült és indokolt költségeket megtéríteni.

Tájékoztattak arról, hogy a beavatkozás visszautasítását bármikor, alaki kötöttségek nélkül visszavonhatom.

Kezelőorvosom kész engem állapotomról, illetve annak változásairól folyamatosan, megfelelően tájékoztatni.

A fentiek alapján minden megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésemet adom a megnevezett egészségügyi beavatkozáshoz, és kérem, hogy azt rajtam végezzék el.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Ha a betegnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntései meghozatalában a támogatott döntéshozatalról szóló törvény szerinti támogatója van és tájékoztatása, illetve a beavatkozásba történő beleegyezése során támogatója jelenlétét igényelte, a jelen lévő támogató aláírása:

.....
támogató aláírása

Beavatkozás visszautasítása

A kezelőorvos által tervezett és megajánlott beavatkozás elvégzésébe felelősségem teljes tudatában nem egyezem bele. (a nyilatkozat teljes szövegének kézírással történő megismétlése és aláírása szükséges vagy írásképtelenség esetén együttesen jelenlévő 2 tanú aláírása):

.....
.....
.....

Figyelmeztetés!

A beavatkozás visszautasításának joga nem gyakorolható, amennyiben a beavatkozás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. Cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén **nem utasítható vissza** az olyan ellátás, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. Amennyiben cselekvőképtelen beteg, korlátozottan cselekvőképes kiskorú és a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetén a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására kerül sor, a Kórház keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére, amelyhez szükség esetén rendőrhatalóság közreműködését is igénybe veheti. Közvetlen életveszély esetén a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra nincs szükség.

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt²:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

² Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.

.....
támogató aláírása

Betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Helyettem tájékoztassák:

.....

Dátum:

.....
kezelőorvos aláírása

.....
 beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

A beteg írásképtelensége esetén két, együttesen jelenlévő tanú aláírása:

.....
tanú (név, lakcím)

.....
tanú (név, lakcím)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény [Eütv.] 16. § (1) bekezdés a) pontja alapján az alábbi cselekvőképes személyt jelölöm meg, hogy helyettem a beleegyezés-, vagy visszautasítás jogát gyakorolja:

Név:	
Lakcím:	
Telefonszám:	

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....
beteg aláírása

Előttünk, mint tanúk előtt³:

.....

tanú (név, lakcím)

.....

tanú (név, lakcím)

A BIZONYLATON A KITÖLTÉSRE NEM KERÜLT RÉSZ ÁTHÚZANDÓ!

**Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700**

³ Ezen nyilatkozat érvényességének feltétele, hogy a beteg két tanú jelenlétében írja alá a nyilatkozatot, vagy aláírását két tanú jelenlétében saját kezű aláírásának ismerje el, vagy a beteg írásképtelensége esetén a nyilatkozatot szóban két tanú előtt tegye meg.