



Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM LUMBÁLNÍ PUNKCE

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

•

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Lumbální punkce se provádí z důvodu **diagnostického** (odběr mozkomíšního moku k laboratornímu rozboru) nebo **léčebného** (aplikace chemoterapie).

Provádí se v místním znecitlivění (na našem pracovišti znecitlivující krém a/nebo podání zklidňujícího léku) vpichem do meziobratlového prostoru bederní páteře, kde již není mícha. Vpich se provádí u pacienta vsedě nebo vleže na boku, jehlou s mandrénem. Zárok je minimálně bolestivý a obvykle trvá kolem 5 minut. Odebírá se malé množství moku. Základní vyšetření proběhnou bezprostředně po odběru a výsledek je známý do několika hodin, výsledky speciálních vyšetření jsou známy do 1-3 týdnů.

V případě léčebného důvodu je po odběru malého množství mozkomíšního moku aplikována do míšního kanálu příslušná léčba (chemoterapeutika určená k aplikaci do míšního kanálu). Během léčby se lumbální punkce provádí opakovaně, obvykle s aplikací léčby, případně pouze za účelem odběru mozkomíšního moku k vyšetření.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Rizika a komplikace jsou vzácné. Zejména se může vyvinout:

- Postpunkční syndrom způsobený poklesem tlaku mozkomíšního moku po odběru (bolest hlavy vázaná na svislou polohu, zvracení, bolest zad).
- Prosáknutí podkoží zad mozkomíšním mokem v místě vpichu.
- Velmi vzácně může dojít ke krvácení mezi mozkové obaly nebo do páteřního kanálu, k poranění meziobratlové destičky.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- V souvislosti s tímto výkonem nejsou.

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: omezení fyzické zátěže na 3-5 dní po výkonu, ovšem i v závislosti na druhu základního onemocnění. Většinou po několika hodinách či druhý den jsou pacienti zcela bez obtíží.

Předpokládaná doba hospitalizace: v souvislosti s výkonem není nutná, výkon lze provést i ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): souvisí se základním onemocněním, nikoli s výkonem.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: v souvislosti s výkonem nejsou žádné.

6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

Klid na lůžku po výkonu dle instrukcí personálu, pravidelné kontroly okolí místa po vpichu, kontrola stavu a omezení fyzické zátěže 3-5 dní po výkonu.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
 Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
 Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
 Jméno a příjmení svědka

.....
 Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.