



**TÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**  
(**invazív beavatkozásokhoz: vizsgálat, kezelés, műtét, stb.**)

**LUMBAL PUNCTIO**  
(**LIQUOR = AGYVÍZ MINTAVÉTEL**)

**I. BETEGTÁJÉKOZTATÓ**

**Tisztelt Betegünk!**

Önnek érdeke és joga is, hogy pontosan megismerje az Ön előtt álló eseményeket, és tájékozottságon alapuló döntést tudjon hozni a gyógyulása érdekében javasolt beavatkozásról. Kérjük, olvassa el a tájékoztatót. Az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a betegségről, valamint a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a lehetséges szövődményekről.

**I. Beavatkozás megnevezése:**

Olumbal punctio, liquor=agyvíz mintavétel

**II. Beavatkozás mentének leírása, ismertetése:**

**Beavatkozás célja:**

Az alsó gerincszakason végzett szúrás során agyvíz mintát venni a páciensről olyan idegrendszeri betegség gyanúja esetén, amelynek megléte vagy kizárása az agyvíz összetételéből lehetséges.

**Beavatkozás menete:**

Nővér előkészíti a mintaételhez szükséges eszközöket, majd az orvos a higiénés előírásoknak megfelelő kézfertőtlenítést követően gumikesztyűben, a szakmai előírásoknak megfelelően fertőtleníti a szúrás tervezett helyét, az alsó gerincszakason a páciens bőrfelületét. Steril, megfelelő méretű tűvel behatol két csigolya közt a gerinccsatornába, hogy onnan a vizsgálatok elvégzéséhez szükséges mennyiségű agyvíz mintát vegyen. Ezt követően steril ragasztással látja el a szúrás helyét, s meggyőződik róla, hogy nincs szivárgás vagy egyéb eltérés (pl. duzzanat, bőrpír) a mintavétel helyén.

**III. A beavatkozás elvégzésének lehetséges előnyei:**

A levett agyvíz mintából végzett laboratóriumi vizsgálatok igazolhatják, vagy kizárhatják a felmerülő idegrendszeri betegség lehetőségét, s ennek ismeretében tud folytatódni a páciens célzott kezelése.

**IV. A beavatkozás elvégzésének lehetséges kockázata:**

Esetenként előfordul, hogy több szúrás szükséges, minimális vérzés léphet fel a szúrás helyén, illetve a mintavétel során vett agyvíz mennyisége és egyéni érzékenység függvényében fejfájás jelentkezhet. Ennek kivédésére vízszintes testhelyzetet javasolunk.

**V. A beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyei:**

nincs

**VI. A beavatkozás elmaradásának lehetséges kockázata:**

Amennyiben nem járul hozzá, vagy valamilyen okból nem sikerül levenni az agyvíz mintát, nem tudunk pontos diagnózis felállítani, s annak megfelelően célzottan kezelni a mintavételt indokoló eltérést, az továbbra is fennmarad, ezzel hosszútávon csökkentve a gyógyulás esélyét.



**VII. További beavatkozások, melyek szükségessé válhatnak a javasolt beavatkozás során:**

Nyugtatás, ismételt szűrés.

**VIII. A lehetséges alternatív eljárások, módszerek:**

Az orvos javaslata alapján a pontos diagnózisalkotáshoz agyvíz minta vizsgálata szükséges. Ilyen mintát csecsemő esetén az agykamrák punctioja során is lehet nyerni, amennyiben még nyitott a nagykutacs. A fentiekén kívül egyéb eljárás nincs, amely lehetővé tenné az agyvíz összetételének vizsgálatát.

**IX. A beavatkozás várható kimenetele:**

-

**X. Beavatkozást követő életmód:**

A mintavételt követően a vízszintes testhelyzet javasolt az esetleges fejfájás elkerülése érdekében.

## II. BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Osztály neve: ..... OEP kód:.....

Beteg neve: .....

Születési ideje: ..... TAJ száma:.....

***A BETEG KEZELŐORVOSA TÖLTI KI:***

Egészségi állapot, ennek orvosi megítélése:

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

A javasolt beavatkozás megnevezése:

.....

A javasolt beavatkozás elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyei és kockázatai a Beteg esetében:

.....  
.....

Lehetséges alternatív eljárás, módszer a Beteg esetében:

.....  
.....

A beavatkozás elvégzésének tervezett időpontja:

.....

**Az ellátás folyamata és várható kimenetele a Beteg esetében:**

.....  
.....

**További ellátások, javasolt életmód a Beteg esetében:**

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

**A beteg kérdései:**

.....  
.....

**A kérdésekre adott válaszok:**

.....  
.....

A fent megnevezett invazív beavatkozásra vonatkozó **egyéniesített, teljes körű tájékoztatást** a betegnek (vagy törvényes képviselőjének, hozzátartozójának) **megadtam**, kitérve a javasolt beavatkozás lehetséges veszélyeire, szövődményeire, a javasolt helyett alkalmazható egyéb alternatív lehetőségekre, azok előnyeire, hátrányaira. A tájékoztatást úgy és olyan mélységig adtam, mely megítélésem szerint a beteg, illetve képviselője számára szükséges, érthető és a beteg állapotában megfelelő.

Kelt: Budapest, .....

A beavatkozást végző orvos neve: .....  
aláírása, pecsétje

**Tisztelt Betegünk!**

Orvosa tájékoztatja Önt a betegségével kapcsolatban javasolt invazív beavatkozásról, a lehetséges alternatívákkal együtt. Ellátása során, szakmailag megalapozott, az Ön érdekeit leginkább szolgáló gyógymód kiválasztására kerül sor.

A tájékoztatás meghallgatásához kérheti, hogy hozzátartozója, ápolója, vagy egyéb személy jelen lehessen. A tájékoztatást követően Öntől orvosa a fenti ellátáshoz írásbeli hozzájárulását kéri.

**A BETEG (VAGY KÉPVISELŐJE) TÖLTI KI:**

1. E nyilatkozatot a Budapesti Szent Margit Kórház keretében kezelt *[Kérjük, húzza alá a megfelelőt!]*

- **betegként**
- a beteg **törvényes képviselőjeként** adom.

*(A beteg képviselője lehet: a törvényes képviselő, pl. gondnoka, gyámja, illetve a beteg közeli hozzátartozója, pl. házastársa, egyenes ágbeli rokona, élettársa, testvére, stb.)*



2. **Kijelentem**, hogy kellően megfontolt, befolyástól mentes, önálló döntésem alapján, a lehetséges alternatív gyógymódok és esetlegesen felmerülő szövődmények/kockázatok ismeretében elfogadom a fentiekben megjelölt javasolt invazív beavatkozást, továbbá az előrelátható orvosi intézkedésekkel és kezelésmódokkal egyetértek.

3. **Felkérem és felhatalmazom** a fenti beavatkozást végző orvost arra, hogy a beavatkozás során olyan előre nem látható beavatkozást is elvégezzen, mely orvosilag indokolt, az egészség megóvására irányul, és késedelme életveszélyes állapotot eredményez, illetve tartós egészségkárosodáshoz vezethet.

4. **Egyedül az alábbiakba nem egyezem bele:** *(ha nincs ilyen, kérjük ezt a részt áthúzni)*

.....  
.....  
*(Kérjük, itt jelölje meg, mibe nem egyezik bele akkor sem, ha annak elmaradása az Ön életét veszélyeztetné, vagy Ön számára aránytalanul súlyos terhet, vagy maradandó károsodást jelentene. Ebben az esetben két tanú együttes jelenlétében kell megtenni a visszautasító nyilatkozatot. A nyilatkozatot a tanúk aláírásukkal hitelesítik!)*

5. **Tudomásul veszem**, hogy a felajánlott orvosi ellátást elutasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom. A felajánlott ellátás visszautasítása kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért orvosaimat felelősség nem terheli. **Tudomásul veszem**, hogy beleegyezésem alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető vagyok az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére.

6. **Tudomásul veszem és elfogadom**, hogy az orvosi beavatkozások eredménye a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható előre és a szakszerű kezelés ellenére is előfordulhatnak nem várt szövődmények, melyek a gyógyulást kedvezőtlenül befolyásolhatják.

7. **Beleegyezem** abba, hogy a beavatkozás során diagnosztikus céllal eltávolított szerveket, szövetmintákat szövettani vizsgálatot követően a laboratóriumban megőrizték.

8. **Hozzájárulok** ahhoz, hogy a beavatkozás menetéről, valamint az anatómiai elváltozásokról fénykép- vagy videofelvétel készüljön, azzal a kikötéssel, hogy a felvételen személyem nem válik felismerhetővé, az kizárólag az érintett területről történik. Abban az esetben, ha az elváltozás jellege olyan, hogy annak dokumentációja során személyem felismerhetővé válik, annak felhasználásához külön engedély szükséges.

9. **Tudomásomra hozták**, hogy a vérkészítmények adásának engedélyezése/nem engedélyezése, valamint a műtéti érzéstelenítésre vonatkozó beleegyező nyilatkozat, külön dokumentumon tehető meg.

10. **Kijelentem**, hogy a javasolt gyógymódról, annak kockázatairól, lehetséges leggyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő válaszokat kaptam, azzal összefüggésben további kérdésem nincs.

11. **Kijelentem** továbbá, hogy fenti nyilatkozataim akaratommal mindenben megegyeznek, kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék a tervezett kezelés elfogadásáról és ezt aláírásommal is megerősítem.

**A beavatkozással kapcsolatban egyéniesített, teljes körű szóbeli tájékoztatást kaptam.  
A beavatkozással kapcsolatos betegtájékoztatót elolvastam.**



A beavatkozásra vonatkozó szóbeli tájékoztatás során elhangzottakat és az írásbeli betegtájékoztató tartalmát **megértettem és elfogadom, ezek alapján jelen beleegyező nyilatkozat útján kifejezetten kérem a nevezett beavatkozás elvégzését.**

Kelt: Budapest, .....  
.....  
a beteg vagy képviselője aláírása

Név és lakcím (ha nem a beteg, hanem a képviselője írta alá):

.....

Tanúk (*név/aláírás/lakcím*) – ha szóban vagy más módon tette a nyilatkozatot a beteg:

1. ....

.....

2. ....

.....

### SÜRGŐSSÉG ORVOSI IGAZOLÁSA

A beteg jelenlegi egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes. A képviselője nyilatkozatának beszerzése olyan késedelemmel jár, mely a beteg életét vagy egészségét veszélyezteti, ezért úgy ítéljük meg, hogy sürgősségi beavatkozás elvégzése szükséges.

Kelt: Budapest, .....

.....  
beavatkozást végző orvos  
aláírása, pecsétje

.....  
osztály-/ügyeletvezető orvos  
aláírása, pecsétje