



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ  
NYILATKOZAT  
AGYVÍZVÉTEL**

**TÁJ/1301**

**Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat agyvíz levételhez**

Beteg neve: Születési ideje:  
Lakcíme: TAJ- száma:  
Anyja neve: Törzsszáma:

**Tisztelt Betegünk!**

**Az agyvízvétel menete:**

Tarkótájon az agyvíztérbe vékony tűvel történő behatolás után, 3-10 ml agyvíz (liquor) kerül leszívásra.

**A vizsgálatról várható információk:**

- Részletes laboratóriumi vizsgálat során tisztázható:
  - idegrendszeri gyulladások, sérülések,
  - idegrendszert érintő immunbetegségek
  - idegrendszeri daganatok és daganat áttétek.
- Részletes laboratóriumi vizsgálat során tisztázhatók és elkülöníthetők:
  - gerincvízbe tört vérzéses kórképek,
  - keringési elégtelenségek.

**Ezek alapján a vizsgálat pótolhatatlan adatokat szolgáltat a gyógyításhoz, a megfelelő kezeléshez.**

**A vizsgálat lehetséges szövődményei:**

- fertőzések (agyhártya illetve agy-, gerincvelő gyulladás),
- a tű esetleg megsértheti az agytörzset, ami heves fájdalmat, kivételesen ritka esetben idegrendszeri tünetek kialakulását is okozhatja.

**A vizsgálat helyett alkalmazható egyéb diagnosztikus eljárások:**

Agyvízbe törő vérzés, keringésből kiesett területek, idegrendszeri sérülések, daganatok esetében CT vagy MR vizsgálat. Ezeknél a kórképeknél nagyon fontos azonban az időfaktor, valamint a megfelelő vizsgálatot és a végleges ellátást végző intézet távolsága. Az idő múlása és a szállítás ronthat a beteg állapotán.

A agyvíz vétel idegrendszeri gyulladások, idegrendszert érintő immunbetegségek, az agyburkokat érintő daganatos áttét esetén azonban nem helyettesíthető.



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ  
NYILATKOZAT  
AGYVÍZVÉTEL**

**TÁJ/1301**

Néhány esetben az agyvíz vétel helyettesíthető gerincvíz vétellel, de a gerincvíz az agyvíz összetételéhez képest eltérő, illetve amennyiben koponyaűri nyomásfokozódás áll fenn, a gerincvíz vétel további súlyos szövődményeket okozhat. (pl. beékelődés).

**Tudomásul veszem, hogy a megajánlott vizsgálat elutasítása esetén olyan pótolhatatlan információktól esnek el kezelő orvosaim, amelyek nélkül betegségem pontos megállapítása, illetve a megfelelő kezelés időben való elkezdése nem lehetséges, s ez betegségem rosszabbodásához vezethet.**

**Kijelentem, hogy a vizsgálat jelentőségével és lehetséges szövődményével kapcsolatban a kellő felvilágosítást megkaptam, azt megértettem és tudomásul veszem.  
A vizsgálat elvégzésébe beleegyezem.**

Karcag, 20.....

.....

a felvilágosítást végző orvos aláírása

.....

a beteg, vagy törvényes képviselőjének aláírása

Tanuk:

1. ....  
név

2. ....  
név

Lakcím: .....  
.....

Lakcím: .....  
.....

.....  
aláírás

.....  
aláírás