



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ
NYILATKOZAT
GERINCVÍZVÉTEL**

TÁJ/1302

Betegtájékoztató és beleegyző nyilatkozat gerincvíz levételhez

Beteg neve:

Születési ideje:

Lakcíme:

TAJ- száma:

Anyja neve:

Törzsszáma:

Tisztelt Betegünk!

A gerincvízvétele menete:

Az ágyéki gerinc alsó szakaszán a gerincvíztérbe vékony tűvel történő behatolás után, 5-10 ml gerincvíz (liquor) kerül lebocsátásra.

A vizsgálatról várható információ:

- 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),
- vizsgálat közben a túl ideggyököt érinthet, ami pillanatnyi hasító fájdalmat okozhat,
- a vizsgálat után fejfájás, hányinger, hányás, amennyiben a beteg nem fekszik nyugalomban a szúrást követően kb. 24 órát.

A vizsgálat helyett alkalmazható egyéb diagnosztikus eljárások:

Agy- illetve gerincvíztérbe törő vérzés, érelzáródás miatt kiesett területek, idegrendszeri sérülések, daganatok esetén CT vagy MR vizsgálat. Ezeknél a kórképeknél azonban nagyon fontos az időfaktor, valamint a megfelelő vizsgálatot és a végleges kezelést végző intézetek távolsága. Az idő múlása és a szállítás ronthat a beteg állapotán.

Idegrendszeri gyulladások, idegrendszert érintő immunbetegségek, illetve az agyburkokat érintő áttétek esetén más vizsgálatokkal nem pótolható információval szolgál, illetve agyvízvétele adhat információt, bár az agyvíz és gerincvíz összetétele eltérő.



**BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ
NYILATKOZAT
GERINCVÍZVÉTEL**

TÁJ/1302

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:

.....

.....

aláírás

Lakcím:.....

.....

.....

aláírás