

Informacja dla pacjenta oraz oświadczenie świadomej zgody na wykonanie**NAKLUCIA ŁĘDŹWIOWEGO- POBRANIE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO****I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury**

Wskazaniem do wykonania procedury jest ustalenie rozpoznania, wyjaśnienie przyczyn dolegliwości oraz rozpoczęcie właściwego leczenia ,w przypadku :podejrzenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu ,boreliozy, stwardnienia rozsianego, choroby Alzheimera, krwawienia podpajeczynówkowego(rzadko, gdy nie potwierdzają to inne badania).Badanie potwierdza lub wyklucza stany zapalne lub inne schorzenia neurologiczne.

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Nakłucie łądźwiowe jest podstawową metodą diagnostyczną w niektórych jednostkach chorobowych, w których inne badania obrazowe – Tomografia komputerowa, Rezonans magnetyczny nie są badaniami wyjaśniającymi przyczynę schorzenia. Procedurę wykonuje się w znieczuleniu miejscowym. Pacjent układany jest na bok z kolanami podkurczonymi do klatki piersiowej. Odkłada się miejsce wkłucia i wkuwa igłę do przestrzeni z płynem mózgowo-rdzeniowym w okolicy łądźwiowej kręgosłupa. Igła jest wkuwana między dwa kręgi łądźwiowe. Następnie płyn jest pobierany do dalszych badań laboratoryjnych. Badanie trwa kilka minut. Procedurę wykonują doświadczeni lekarze a używany sprzęt jednorazowy zapewnia najwyższy poziom bezpieczeństwa i higieny. Pacjent informuje lekarza o zażywanych lekach i ewentualnych reakcjach uczuleniowych na leki lub inne substancje chemiczne.

III. Ewentualne inne sposoby postępowania

- Tomografia komputerowa
- Rezonans magnetyczny

Powyższą metodę stosuje się w przypadku, gdzie standardowe badania nie w pełni potwierdzają jednostkę chorobową. Nakłucie łądźwiowe jest jedyną metodą diagnostyczną w przypadku procesów zapalnych.

IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Procedura obarczona jest ryzykiem powikłań, jednak występują one bardzo sporadycznie.

Powikłania, które mogą wystąpić to:

- zakażenie w miejscu wkłucia- znikomy odsetek powikłań (sprzęt jednorazowy, zabieg wykonywany z zachowaniem zasad bezpieczeństwa higienicznego dla pacjenta);
- krwawienie do kanału kręgowego- niewielki odsetek (powikłanie eliminowane przez przeprowadzenie szczegółowego wywiadu, kwalifikacji do badania oraz wykonanie badania przez doświadczonego lekarza).
- bóle głowy, wymioty, bóle krzyża tzw. zespół popunkcyjny (u około 15% pacjentów), który ustępuje samoistnie w ciągu 2-7 dni;

V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostyczno-terapeutycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może stanowić zagrożenie dla życia.

OŚWIADCZENIA**I. Oświadczenia pacjenta**

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/ łąam się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze **nakłucia łądźwiowego-pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego**
- 2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem. Miałem/łąam możliwość zadawania pytań i otrzymałem/łąam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej i oświadczam, że zostałem/ łąam

Imię i Nazwisko Pacjenta.....PESEL.....
poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza