| Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu | Formularz | F- PM – 3/13 |
|---|---|---|
| | ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA NAKŁUCIE LĘDŹWIOWE | Wydanie II z dnia 21.02.2020r. |
| | | Strona 1 z 2 |

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA ……
PESEL ……

INFORMACJA DLA PACJENTA

**Cel zabiegu**

Nakłucie lędźwiowe wykonywane jest w celach diagnostycznych oraz terapeutycznych np. dokanałowe podawanie leków. Zabieg polega na wprowadzeniu cienkiej igły poprzez nakłucie skóry do przestrzeni podpajęczynówkowej w odcinku L 3-4, L 4-5, lub L 5-S1 kręgosłupa. W obszarze tym nie ma już rdzenia kręgowego i w worku oponowym znajdują się jedynie korzenie nerwów rdzeniowych. W każdym przypadku płyn pobiera się do badania ogólnego oraz na ewentualne inne konieczne badania dodatkowe. Po zabiegu pacjent powinien przebywać 24h w pozycji leżącej.

**Przeciwwskazania**

Przeciwskazania do wykonania nakłucia lędźwiowego to:
- obrzęk tarcz nerwów wzrokowych,
- obrzęk mózgu,
- zaburzenia krzepliwości krwi,
- zmiany ropne na skórze w okolicy lędźwiowej.

**Możliwe powikłania**

Pomimo przeprowadzenia zabiegu zgodnie z zasadami sztuki medycznej w trakcie i po zabiegu mogą pojawić się następujące bardzo rzadkie powikłania:
- w trakcie nakłucia silny ból promieniujący wzdłuż kończyny dolnej,
- krwawienie w miejscu ukłucia,
- odczyny zapalne w miejscu ukłucia,
- zespół popunkcyjny (bóle głowy, wymioty, nudności, niekiedy objawy oponowe),
- istnieje możliwość wprowadzenia infekcji,
- niezwykle rzadko trwałe uszkodzenie korzeni nerwowych,
- wyjątkowo rzadko - objawy wgłobienia co wyraża się wystąpieniem zaburzeń oddychania i krążenia - co w konsekwencji może doprowadzić do zgonu.

***Niniejszym potwierdzam, że poinformowałem(am) wyczerpująco pacjenta o celu wyżej wymienionego zabiegu, jak i o ryzyku z nim związanym.***

…….. ……
Miejscowość i data Podpis lekarza

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

| Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu | Formularz | F- PM – 3/13 |
|---|---|---|
| | ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA NAKŁUCIE LĘDŹWIOWE | Wydanie II z dnia 21.02.2020r. |
| | | Strona 2 z 2 |

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

W trakcie rozmowy z lekarzem miałem(am) możliwość, zadania wszelkich pytań dotyczących planowanego zabiegu.
Zostałem/am poinformowany/a o:

- sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- potencjalnych następstwach i powikłaniach planowanego zabiegu.

Wszystkie moje pytania i wątpliwości zostały wyjaśnione w sposób jasny i zadowalający. Nie mam żadnych dodatkowych pytań, czuję się dostatecznie poinformowany/a.
Niniejszym potwierdzam, iż przeczytałem(am) uważnie i zrozumiałem(am) treści zawarte w powyższym formularzu i **bez zastrzeżeń wyrażam zgodę na wykonanie nakłucia lędźwiowego**.

…….. ……
Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

**W przypadku odmowy wyrażenia zgody na nakłucie lędźwiowe**

Po wyczerpującym poinformowaniu nie wyrażam zgody na wykonanie nakłucia lędźwiowego. O możliwych ujemnych skutkach z tego wynikających zostałem(am) poinformowany(a).

…… ……..
Miejscowość i data Podpis pacjenta lub rodzica / opiekuna prawnego

……
(podpis lekarza)

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.