



Poučení a informovaný souhlas s LUMBÁLNÍ PUNKCÍ

Lumbální punkce je zavedení tenké duté punkční jehly do páteřního kanálu v oblasti mezi 3.- 4. nebo 4.-5. bederním obratlem v místě kde již neprobíhá mícha. Výkon sám je bolestivý minimálně a trvá několik minut.

ÚČEL: Účelem tohoto výkonu je získání mozkomíšního moku k dalšímu laboratornímu vyšetření, což je třeba ke stanovení správné diagnózy nebo k monitorování správnosti a úspěšnosti léčby.

IDENTIFIKACE PACIENTA

POSTUP: Lumbální punkci provádí lékař za asistence sestry na lůžku na vyšetřovně v poloze vsedě nebo vleže na boku s maximálním předklonem hlavy bradou až k hrudníku s pokrčením dolních končetin v kolenou a jejich přiblížením k hrudníku, tak aby vyklenutí páteře bylo co největší - tzv. kočičí hřbet. Tato poloha umožňuje snadný průnik jehly do požadovaného prostoru. Punkce se provádí za sterilních podmínek, aby se předešlo infekci. Vlastní výkon probíhá po farmakologické přípravě. Proveďte se důkladná dezinfekce místa vpichu a jeho okolí. Mozkomíšní mok se nechá odkapat do sterilních zkumavek. Pro pacienta je výhodné se před vlastním vyšetřením vyprázdnit (alespoň vymočit). Po provedení výkonu je nutné ležet na zádech, na břiše, či na bocích a nezvedat hlavu po dobu 6-ti hodin. U dětských pacientů je lumbální punkce provedena atraumatickou jehlou (jehla se zaobleným hrotem, který zanechává minimální defekt v obalech míchy). Celý výkon se provádí v přísně sterilním prostředí, kde není možná přítomnost doprovodu.

MOŽNÁ RIZIKA A KOMPLIKACE: Nejčastější komplikací je tzv. postpunkční syndrom, který je provázen bolestmi hlavy nebo nevolností, které lze předejít nebo ji zmírnit ležením a zvýšeným příjmem tekutin, event. i podáním léků tlumící bolest. Dále se může objevit bolestivost, či krvácení v místě vpichu, kožní alergická reakce na dezinfekční roztok. Všechny obtíže jsou pouze přechodného charakteru a během hodin, maximálně dnů ustupují. Po propuštění z nemocnice je vhodné po dobu alespoň jednoho týdne omezit fyzickou námahu.

ALTERNATIVA VÝKONU: Alternativu toto vyšetření nemá žádnou.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení výkonu.

Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. Lékařem jsem byl/a poučen/a o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

S navrženým výkonem **SOUHLASÍM**.

Podpis pacienta

Razítko a podpis lékaře

V

Datum: