



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

**PR5\_PJ16\_F47**

**ZGODA NA WYKONANIE NAKŁUCIA ŁĘDŹWIOWEGO**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Nakłucie lędźwiowe polega na wprowadzeniu igły między dwa kręgi kręgosłupa lędźwiowego do tzw. przestrzeni podpajęczynówkowej oraz pobraniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie wykonuje się w jałowych warunkach, sterylnym sprzętem, w pozycji bocznej leżącej lub siedzącej. Miejsce nakłucia skóry odkaża się preparatami do tego przeznaczonymi. Pobiera się niewielką ilość płynu mózgowo-rdzeniowego do dalszych badań laboratoryjnych. Badanie trwa kilka minut. Po pobraniu płynu mózgowo-rdzeniowego zaleca się leżenie przez 24 godziny.

**3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Diagnostyka schorzeń układu nerwowego, np.: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, krwotok podpajęczynówkowy, choroba demielinizacyjna (np. stwardnienie rozsiane).

**4. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem**

Przemijające bóle głowy i wymioty (objawy tzw. zespołu popunkcyjnego) - częste (maks. 30% pacjentów);  
Przemijający ból kręgosłupa w miejscu wkłucia - częste (max . 30 % pacjentów);  
Wprowadzenie zakażenia (wtórny ropień) – rzadko;  
Wystąpienie krwiaka w miejscu wkłucia – rzadko.

Podczas punkcji lędźwiowej nie ma ryzyka uszkodzenia rdzenia kręgowego, ponieważ nakłucie wykonuje się poniżej końca rdzenia

**5. Konsekwencjach zaniechania leczenia**

- Brak rozpoznania choroby;

Zgoda na wykonanie nakłucia lędźwiowego

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- Nieprawidłowe rozpoznanie choroby;
- Niezastosowanie właściwego leczenia.

## 6. Alternatywnych metodach leczenia

Brak alternatywnych metod leczenia.

## 7. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

Wady odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa;  
Zakażenia skóry okolicy, w której wykonuje się punkcje lędźwiową;  
Zaburzenia koagulologiczne (skaza krwotoczna, niewyrównana trombocytopenia);  
Ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa);  
Objawy zespołu wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego.

## 8. Uwagi

Przedłużanie braku zgody może opóźnić możliwości diagnostyczno-lecznicze.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

Zgoda na wykonanie nakłucia lędźwiowego

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na badanie/zabieg**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ\* na badanie/zabieg**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* zaznacz właściwe

\*\* pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>