

- vzácnější déletrvající krvácení z místa vpichu při některých onemocněních krevetvorby či poruchách srážlivosti.

Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce na minimum, zodpovězte nám prosím, následující otázky:

| | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, cukrovka, srdeční slabost)? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| Jste těhotná? | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

Jaký je režim po výkonu:

Po výkonu je z důvodu snížení možnosti výskytu nežádoucích komplikací nutné dodržet klidový režim na lůžku po dobu 24 hodin. Ze zkušenosti doporučujeme dostatečný příjem tekutin, pití černé kávy, výhodná je pozice vleže na břiše 1-2 hodiny po výkonu. Tato opatření snižují intenzitu bolestí hlavy po výkonu.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!

Identifikační údaje pacienta(tky):

| | | | |
|-----------|--------|--------|-----|
| Příjmení: | Jméno: | Titul: | RČ: |
|-----------|--------|--------|-----|

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

| | | | |
|-----------|--------|--------|-----|
| Příjmení: | Jméno: | Titul: | RČ: |
|-----------|--------|--------|-----|

Plánovaný výkon:

| |
|------------------------|
| Lumbální punkce |
|------------------------|

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného 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). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem požádán(a) o udělení souhlasu s využitím zbytkového materiálu odebraného mozkomíšního moku (popř. zároveň odebrané krve) pro vědecké účely. Byl(a) jsem poučen(a), že při prezentaci nebo publikaci výsledků vědeckého výzkumu bude dodržena anonymita mých osobních údajů.

S využitím souhlasím: ANO NE

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka