Pemeriksaan medis yang kami tawarkan membutuhkan persetujuan Anda. Agar Anda lebih mudah membuat keputusan ini, kami memberikan informasi kepada Anda dalam selebaran ini, dan dalam percakapan ini kami akan menjelaskan jenis, signifikansi, dan komplikasi yang mungkin terjadi.

**Mengapa kami mengusulkan pemeriksaan ini kepada Anda?**

Berdasarkan pemeriksaan medis yang dilakukan selama ini, keadaan kesehatan Anda dinyatakan memerlukan tusukan lumbal, yang merupakan evaluasi laboratorium terhadap cairan serebrospinal.

Tes ini dapat mempertegas atau menyingkirkan penyakit sistem saraf pusat dan dapat mempermudah dalam menemukan penyebab penyakit serta pengobatan yang paling tepat.

Tusukan lumbal adalah satu-satunya metode untuk mendiagnosis infeksi sistem saraf pusat dan tidak dapat digantikan dengan tes darah atau tomografi komputer.

**Pelaksanaan pemeriksaan**

Pasien berbaring di satu sisi tubuhnya selama pengumpulan cairan serebrospinal; sebisa mungkin, dengan kepala tertunduk ke dada dan kaki ditekuk.

Langkah pertama adalah desinfeksi kulit di daerah lumbal dan anestesi di lokasi tusukan.

Cairan tersebut akan dikumpulkan dengan jarum khusus yang akan dimasukkan dokter ke ruas-ruas tulang belakang lumbal.

Beberapa mililiter cairan serebrospinal diambil, yang biasanya memerlukan waktu beberapa menit.

Saat melakukan tusukan lumbal, ada kemungkinan (jika ada indikasi) untuk memberikan obat ke kanal tulang belakang.

Setelah jarum dikeluarkan, lokasi injeksi ditutup dengan pembalut.

**Kemungkinan komplikasi**

Tes ini dapat menyebabkan rasa sakit sementara di lokasi injeksi. Komplikasi tusukan lumbal yang mungkin terjadi namun dengan kemungkinan kecil adalah:

* Sakit kepala, nyeri pinggang di atas tusukan,
* herniasi serebral - kematian pada pasien dengan tumor otak atau edema ekstrem pada otak atau perdarahan subarachnoid berat (komplikasi semacam ini mungkin terjadi pada pasien yang tidak sadar)
* pendarahan subarachnoid / subdural pasien dengan gangguan koagulasi/pembekuan darah,
* cedera pada ligamen tulang belakang atau pada vertebrae periosteum,
* spondilitis purulen akut.

Untuk meminimalkan risiko pendarahan serta mengurangi risiko dari pemberian anestesi, harap jawab pertanyaan berikut / *harap garis bawahi jawaban yang benar*/:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Apakah Anda memiliki kecenderungan tinggi untuk mengalami perdarahan, terutama setelah luka ringan, setelah cabut gigi atau kecenderungan untuk mengalami memar setelah cedera mekanis ringan?
 | **YA-TIDAK** |
| 1. Apakah gejala seperti itu terjadi pada anggota keluarga Anda?
 | **YA-TIDAK** |
| 1. Apakah Anda mengkonsumsi obat-obatan yang mempengaruhi pembekuan darah? (Misalnya aspirin, dicoumarol, dsb.)
 | **YA-TIDAK** |
| 1. Apakah Anda pernah mengalami gejala alergi terhadap obat anestesi atau obat lain?
 | **YA-TIDAK** |

**Proses setelah pemeriksaan**

Setelah pemeriksaan, pasien harus tetap berbaring rata selama 12-24 jam.

Untuk 24 jam ke depan, sebaiknya hindari latihan paksa.

Jika terjadi sakit kepala, pasien harus berbaring selama 12-24 jam atau sampai rasa sakit reda.

**Nama pasien dan nama keluarga** / *huruf kapital* /

**No.** **PESEL** / atau nomor dan seri dokumen identitas lainnya /
Nama dan nama keluarga dari wali sah / *huruf kapital* /

**Pernyataan pasien, perwakilan sah atau wali sahnya**

Saya benar-benar memahami informasi yang tercantum dalam formulir ini dan juga informasi yang diberikan kepada saya selama wawancara dengan dokter. Saya telah diberi kesempatan tidak terbatas untuk bertanya kepada dokter dan saya mendapatkan jawaban dan penjelasannya secara memuaskan. Setelah membaca formulir ini dan mendapatkan penjelasan dari dokter, semua kebutuhan informasi penting saya mengenai: diagnosis, cara dan jalannya pengobatan yang diusulkan, kemungkinan akibat yang timbul dari pengobatan ini atau pengabaiannya, hasil pengobatan, dan prognosisnya telah dipenuhi. Saya mengetahui kemungkinan komplikasi yang terkait dengan prosedur yang diusulkan.

**Secara sadar dan tanpa ragu, dengan ini saya menyetujui prosedur medis yang diusulkan.**

Saya juga menyetujui kemungkinan perubahan prosedur atau perpanjangannya yang terbukti memang diperlukan selama prosedur jika terjadi bahaya kehilangan nyawa, cedera serius atau gangguan kesehatan yang parah.

Jika saya harus menjalani anestesi umum, saya memberikan persetujuan saya.

Saya menerima semua prosedur pengobatan yang terkait dengan prosedur medis yang diusulkan tersebut.

Dengan ini saya menyatakan bahwa selama wawancara dan pemeriksaan medis saya, saya tidak menyembunyikan informasi yang relevan mengenai keadaan kesehatan, tes, atau penyakit masa lalu saya.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal  | / jam |  | Tanda tangan pasien / wali sah |
|  |  | ………………………………… | ………………………………… |
| Tanggal  | / jam |  | Cap dan tanda tangan dokter |

**Saya tidak menyetujui prosedur medis yang diusulkan ini/saya membatalkan persetujuan saya sebelumnya1**

Saya telah diberitahu tentang kemungkinan akibat negatif dari keputusan tersebut terhadap kesehatan dan kehidupan saya.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal  | / jam |  | Tanda tangan pasien / wali sah |
|  |  | ………………………………… | ………………………………… |
| Tanggal  | / jam |  | Cap dan tanda tangan dokter |

1 Silahkan garis bawahi yang sesuai