

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s výkonem: Periradikulární terapie (PRT) pod CT navigací

Jméno pacienta:

Rodné číslo/datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Datum výkonu:

Vážený pane, vážená paní,

na základě zhodnocení Vašich obtíží a provedených vyšetření byla indikována periradikulární terapie (PRT). Alternativní řešení k tomuto výkonu již byla u Vás nejspíše vyčerpána, nebo jste se pro ně s Vaším lékařem ještě nerozhodli. Jste proto indikovaný/á k tomuto řešení.

Protože periradikulární blokáda patří mezi tzv. intervenční výkony, potřebujeme k jejímu provedení Váš výslovný souhlas.

1. Informace o výkonu

Periradikulární terapie (PRT) je miniinvazivní léčebný výkon, při kterém je pod CT navigací aplikována protizánětlivá a analgetická látka (obvyklé kortikosteroidy v kombinaci s lokálním anestetikem) s malým množstvím kontrastní látky do blízkosti nervového kořene, který je drážděn například výhřezem meziobratlové ploténky nebo degenerativními změnami páteře.

Cílem výkonů je zmírnění bolesti, otoku a zánětlivé reakce v postižené oblasti.

Výkon se provádí ambulantně.

2. Průběh výkonu

Výkon se provádí v poloze vleže (nejčastěji na břiše).

Pod CT kontrolou je tenkou jehlou zavedena účinná látka do blízkosti nervového kořene.

Po výkonu je doporučen klidový režim v poloze na břiše po dobu 20 - 30 minut.

Po této době je pacient s doprovodem propuštěn domů, kde nadále doporučujeme klidový režim a opatrnost při vstávání pacienta. Obstřík nervového kořene může také způsobit slabost a horší ovladatelnost dolní končetiny. Tyto potíže odezní do 24 hodin a měl by dále přetrvávat analgetický a protizánětlivý efekt provedeného obstříku.

3. Možná rizika a komplikace

Ačkoliv se jedná o relativně bezpečný výkon, mohou se vyskytnout následující komplikace:

- Krvácení v místě vpichu nebo do páteřního kanálu (vzácně)
- Infekce (velmi vzácně)
- Alergická reakce na podané látky
- Přechodné zhoršení neurologických obtíží (například bolest, slabost)
- Dočasné snížení citlivosti nebo motoriky končetiny
- Bolesti či diskomfort v místě vpichu

4. Souhlas pacienta

Já níže podepsaný/á pacient/ka (zákonný zástupce) tímto prohlašuji, že jsem byl/a lékařem informován/a o plánovaném periradikulárním obstríku. Byl/a jsem informován/a o průběhu vyšetření, zákrocích během vyšetření, komplikacích a možných alternativách. Potvrzuji, že informující lékař mě seznámil s možnými riziky a komplikacemi tohoto výkonu, a těmto informacím rozumím. Měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem poučení rozuměl/a, nemám žádné další dotazy a souhlasím s výkonem. Na základě tohoto poučení dávám svůj plný informovaný souhlas s periradikulárním obstríkem (PRT), což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

.....

Datum:

Jméno a podpis svědka při poučení a souhlasu pacienta (v případě, že se pacient není schopen vlastnoručně podepsat), nebo podpis zákonného zástupce/poručníka

Způsob projevu souhlasu (zakroužkujte/vyplňte): kývnutím hlavy - gestem - očima - jinak:

Jméno a příjmení svědka, podpis, datum:

.....

Razítko a podpis informujícího lékaře:

.....