



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Plánovaný výkon:

PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE - PRT

Jméno a příjmení pacienta:..... RČ:

Seznámení provádějící lékař / pověřený radiologický asistent/ sestra

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ, možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů, možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem. Prohlašuji, že jsem byl seznámen se způsobem provedení zvoleného vyšetření, stejně jako s případnými nutnými vedlejšími výkony (nitrožilní aplikace KL).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto provedeny. Souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

OTÁZKY, JEJICHŽ ZODPOVĚZENÍ JE NUTNÉ K MINIMALIZACI RIZIK VÝKONU :

Těhotenství :	VYLUČUJI	ANO
Alergie :	NE	ANO
Diabetes :	NE	ANO
Onemocnění ledvin, cév, srdce :	NE	ANO.....
Zvýšený sklon ke krvácení :	NE	ANO

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi. Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.

V Náchodě dne:..... čas:.....

Podpis :
pacient (zákonný zástupce)

.....
seznámení provádějící lékař



PŘÍLOHA K INFORMOVANÉMU SOUHLASU

Vážená paní, vážený pane,
bylo Vám navrženo provedení zdravotního výkonu **PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE – PRT**.
Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osobě týkají.

Účel, povaha výkonu a jeho předpokládaný prospěch :

Periradikulární terapie (PRT) je obstřík míšního kořene pod CT kontrolou. Cílem výkonu je odstranit kořenovou (radikulární) bolest v končetině způsobenou drážděním daného nervu. Výkon může rovněž sloužit jako diagnostický test, je-li původcem bolesti v končetině dráždění daného nervu.

Průběh a postup zdravotního výkonu :

Obstřík se provádí směsí lokálního anestetika, které tlumí bolest, kortikoidu, který zejména mírní zánět a otok, a kontrastní jodové látky. Při vyšetření ležíte na břiše na CT vyšetřovacím stole. Po zacílení CT řezy a označení místa vpichu je dezinfikována kůže zad a provedeno místní znecitlivění injekcí s lokálním anestetikem. Pak je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu páteře do oblasti příslušného nervového kořene. Po CT kontrole polohy hrotu zavedené jehly je aplikována léčebná směs. Při aplikaci můžete přechodně pociťovat tlakovou či ostřejší bolest z přechodného tlaku na kořen, ta však po ukončení výkonu odezní. Následný kontrolní CT sken ukazuje rozložení léčebné směsi. Jehla je odstraněna a vpich je překryt sterilním krytím.

Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu :

Po výkonu obvykle setrváte v čekárně nejméně 20 minut. Při jakýchkoliv projevech alergické reakce (vyrážka, třes, zarudnutí, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy apod.) okamžitě upozorníte ošetřující zdravotnický personál. Pokud se žádné komplikace nevyskytnou, odcházíte se svým doprovodem domů. Vpich ponecháte alespoň 24 hodin krytý sterilním krytím, záda nesprchujete. Alespoň 24 hodin zachováte relativní klid, vyvarujete se i namáhavé chůze, nebudete řídit motorové vozidlo.

Nejčastější rizika a možné komplikace výkonu :

Poranění daného nervu (kořene) přímou aplikací roztoku do nervu – může vyústit v dlouhodobou poruchu citlivosti a hybnosti končetiny.

Zanesení infekce do páteřního kanálu či jeho okolí. Tyto komplikace jsou velmi vzácné – méně než 1 % případů.

Dočasná porucha citlivosti a slabost končetiny pro **blokádu příslušného míšního kořene lokálním anestetikem** – pocit necitlivosti v nervem zásobeném okrsku a oslabení hybnosti dané končetiny (např. u kořene L5 – přitáhnoutí palce nahoru, u kořene S1 nemožnost postavení se na špičku). Tato porucha obvykle odezní do 24 hodin po výkonu.

Vzácně může dojít k **aplikaci anestetika do likvorových cest** (intratekálně), důsledkem může být krátkodobé oslabení citlivosti a hybnosti obou končetin či potíže s ovládáním svěračů – odezní do 24–48 hodin.

Alergická reakce na aplikovanou směs, kdy nejčastější jsou kožní reakce, jako vyrážka a podobně, vzácně však může alergická reakce skončit i smrtí. Proto je výkon přísně kontraindikován (nelze ho provést), jste-li alergický na složky obstříku, tj. na lokální anestetikum (Marcain, Mesocain ...), Depo-Medrol nebo jodové kontrastní látky, tuto zkušenost **VŽDY HLASTE INDIKUJÍCÍMU LÉKAŘI!** Výkon by neměl být rovněž prováděn, užíváte-li antikoagulační terapii (Warfarin, Lawarin, Heparin, Fraxiparine, ...) – v případě nejasností se poraďte s ošetřujícím lékařem.

Obecná rizika spojená s ozářením (při použití RTG a CT):

Riziko spojené s lékařským ozářením je obecně nízké. Předpokládaný přínos provedení vyšetření převyšuje možná rizika. Lékaři a radiologičtí asistenti vždy použijí jen nezbytně nutnou dávku záření. Rizika vyplývají z poškození molekuly DNA, které může vést ke vzniku zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu), lokální účinky na kůži.

Možné alternativy výkonu :

Chirurgická operace.

U žen v reprodukčním věku :

Svým podpisem na straně č. 1 tohoto dokumentu stvrzujete své prohlášení, že nejste těhotná či není pravděpodobné, že byste mohla být těhotná, a jste si vědoma případných rizik plynoucích z ozáření plodu.