



PÍSEMNÝ SOUHLAS S VÝKONEM PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Oddělení:

Popis vlastního výkonu: Váš ošetřující lékař Vám vzhledem k bolestivým obtížím doporučil provést PRT (periradikulární terapii) řízenou počítačovou tomografií (CT). Jedná se o jednoduchou metodu s dobrými léčebnými výsledky, kdy 50 - 80 % pacientů s vleklými bolestmi zad pocítuje výrazné zlepšení či vymizení obtíží po dobu dnů až měsíců.

Před zákrokem se pacient uloží na CT vyšetřovací stůl na břicho, ruce si položí nad hlavu a leží cca 20 minut bez větších pohybů. Pomocí CT se zaměří místo vpichu. Ten se provádí po dezinfekci kůže tenkou jehlou, která se zavede do blízkosti nervového kořene, který je třeba zaléčit. K nervu se vstříkne směs látky tlumící bolest (Marcain) a léku proti otoku (Diprophos) s malým množstvím kontrastní látky. Zhotoví se kontrolní CT snímky a zákrok je tím ukončen.

Rizika zákroku (existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku):

- Klinicky závažná (pod 1 %)
 1. Pneumotorax (kolaps plic) - může vzniknout při výkonu na hrudní páteři
 2. Alergická reakce - tu nemůžeme předvídat, o svých alergiích nás proto před výkonem informujte
 3. Významné krvácení
 4. Ochrnutí končetiny - při přímém napíchnutí nervu
 5. Vznik zánětu po výkonu
- Klinicky nevýznamné (do 5 %)
 1. Drobné krvácení
 2. Výraznější bolesti u místa vpichu
 3. Může dojít k infekci místa vpichu
- Ženy ve věku 15 - 45 let stvrzují podpisem, že nejsou těhotné či není pravděpodobné, že by těhotné být mohly, neboť se jedná o výkon spojený s ionizujícím zářením a existuje riziko významného poškození plodu.

Možná omezení způsobu života, nebo pracovní schopnosti:

Sám výkon je málo zatěžující a rychlý. Mnohdy jej lze provést ambulantně nebo za krátkodobého pobytu na lůžku specializovaného oddělení. Toto rozhodnutí je v souladu s domluvou ošetřujícího lékaře s pacientem. Po výkonu setrváte 40 minut v čekárně. O svém odchodu po uplynutí této doby informujte sestru. U svého ošetřujícího lékaře se hlase podle předchozí domluvy.

Protože po výkonu dochází přechodně ke ztrátě citlivosti a omezení hybnosti končetiny, nesmíte po dobu následujících 24 hodin řídit motorová vozidla, a proto je pro Vás požadován po výkonu doprovod. Do 48 hodin odezní ztráta citlivosti a omezení hybnosti.

Těmto situacím odpovídá i možné omezení způsobu života či potřeba pracovní neschopenky.

Údaje o vhodném léčebném režimu a preventivních opatřeních:

- Jedná se o výkon minimálně zatěžující a tomu odpovídají i režimová opatření
- Dodržovat léčebný i ošetrovatelský režim (spolupracovat s ošetřujícím personálem)
- Být seznámen s možnými riziky a včas signalizovat změny, které na sobě pociťujete, tehdy je poskytnutí patřičné léčby včasné a efektivní
-
-

Pacientův písemný souhlas:

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, která jsou s tímto zákrokem spojena i s riziky, která jsou specifická s ohledem na můj zdravotní stav;
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a s možnými riziky;
- že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ*....., které byly zodpovězeny k mé spokojenosti;
- že jsem srozuměn také s tím, že zákrok provede někdo jiný než můj ošetřující lékař. Byl jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj stav zhoršit.

Prohlášení lékaře:

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku a riziky spojenými s realizací tohoto zákroku, s dalšími léčebnými možnostmi a jejich riziky a s následky v případě, že se pacient zákroku nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (jeho zákonnému zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Já, pacient, výše uvedenému rozumím a dávám písemný souhlas k vykonání zákroku.

Jméno a podpis pacienta: _____

Jméno a podpis zákonného zástupce: * _____

Datum: _____

Jméno a podpis lékaře indikujícího: _____

Jméno a podpis lékaře provádějícího: _____

Datum: _____

*vyplnit při potřebě