OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIÍ (PRT) POD CT KONTROLOU

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

Vážená paní, Vážený pane,

Váš ošetřující lékař si vyžádal provedení tzv. periradikulární terapie (PRT) pod CT kontrolou. Jde o miniinvazivní léčebný výkon, při kterém lékař pod přesnou CT kontrolou zavede tenkou jehlu do blízkosti postiženého nervového kořene a aplikuje léčivou látku s cílem zmírnit bolest a zánětlivé dráždění.

Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Periradikulární terapie se používá zejména při bolestech páteře s drážděním nebo útlakem nervového kořene, například při výhřezu meziobratlové ploténky nebo degenerativních změnách páteře. Cílem je podat malé množství léčiva co nejpřesněji k postiženému nervovému kořeni, zmírnit místní zánětlivou reakci a bolest a zlepšit hybnost. Účinek může být dočasný nebo dlouhodobější a u jednotlivých pacientů se liší; úplné odstranění obtíží nelze zaručit.

Příprava na výkon a provedení

Výkon probíhá za standardních podmínek ambulantně. Pacient(ka) si zajistí doprovod na cestu domů, která by měla proběhnout autem/taxi, pro zajištění bezpečí a komfortu.

Při výkonu budete ležet na břiše, proto je nutné být nalačno 3-4 hodiny. Před vstupem na vyšetřovnu vyprázdněte močový měchýř.

Při výkonu budete uložen/a do vhodné polohy na CT stole. Po CT zaměření bude místo vpichu dezinfikováno a lékař zavede pod CT kontrolou tenkou jehlu do těsné blízkosti příslušného nervového kořene. Správnou polohu jehly může ověřit malým množstvím kontrastní látky. Poté aplikuje léčivou směs, obvykle obsahující lokální anestetikum a kortikosteroid. Během aplikace můžete krátce pociťovat tlak, bolest nebo vystřelování do končetiny. Po výkonu budete po určitou dobu sledován/a; přechodně se může objevit snížená citlivost nebo slabost končetiny.

Další postup a režimová opatření po provedení výkonu

Po ukončení výkonu se může projevit dočasná porucha citlivosti a oslabení dolních končetin, které je způsobeno blokádou příslušného míšního kořene lokálním anestetikem. Tato porucha obvykle odezní do 4 hodin po výkonu (nejpozději do 24

hodin). Budete poučení o cestě domů, kde je nutné minimálně 4 hodiny zachovat klidový režim na lůžku v poloze, kterou určil lékař provádějící výkon.

V ojedinělých případech může být doporučena hospitalizace do doby odeznění vedlejších příznaků.

Pokud jste byli hospitalizováni za účelem provedení tohoto výkonu, budete odvezeni nemocničním personálem zpět na oddělení.

Nejčastější rizika a důsledky výkonu

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít k mírnějším nebo i vážným komplikacím.

Možnou komplikací výkonu je místní krvácení, infekční komplikace nebo poranění daného nervového kořene přímou aplikací směsi do nervu, která může vyústit v dlouhodobou poruchu citlivosti a hybnosti části dolní končetiny. Z toho důvodu se poloha hrotu aplikační jehly kontroluje pod CT. Velmi vzácně může dojít k alergické reakci na aplikovanou směs, nejčastěji v podobě kožní reakce, slizničních projevů až vývojem anafylaktického šoku.

Podpis a razítko lékaře indikujícího výkon:

_____

Datum : _____

Souhlas s výkonem

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

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.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

_____

Datum: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

Podpis a razítko lékaře:

_____

Datum a čas: _____

Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

_____

_____

_____