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

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

Vážená paní, Vážený pane,
bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Periradikulární terapie, neboli PRT, pod CT (výpočetní tomografií) kontrolou je invazivní zdravotní výkon, jehož cílem je odstranit kořenovou (radikulární) bolest v dolní končetině způsobenou drážděním nervového kořene, které bylo diagnostikováno lékařem při fyzikálním vyšetření nebo předchozím vyšetřením zobrazovací metodou.

Příprava na výkon

Výkon probíhá za standardních podmínek ambulantně. **Pacient(ka) si zajistí doprovod na cestu domů, která by měla proběhnout autem/taxi**, pro zajištění bezpečí pacienta(ky).
Při výkonu budete ležet na břiše, proto je nutné být nalačno 3-4 hodiny. Před vstupem na vyšetřovnu, vyprázdněte močový měchýř.

Průběh zdravotního výkonu

Výkon probíhá za sterilních podmínek pod CT kontrolou. Pacient(ka) se položí na vyšetřovací stůl na břicho, po celo dobu je nutné ležet v klidu a nehýbat se. Po zacílení a označení místa vpichu je provedena dezinfekce.
Pod CT kontrolou je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu páteře a po CT kontrole polohy hrotu jehly je aplikována léčebná směs: 1ml depotního kortikoidu (Depomedrol), 3,5 ml lokálního anestetika (Marcain 0,5%) a 1ml kontrastní látky do okolí příslušného nervového kořene. Při aplikaci směsi můžete pociťovat tlakovou či ostřejší boles z přechodného tlaku na kořen, ta však po ukončení výkonu odezní. Následně je jehla vytažena a místo sterilně překryto. Kontrolní CT po aplikaci ukazuje rozložení léčebné směsi.

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 odležet 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 : _____

Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

_____

_____

_____

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.

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: _____