

PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE MÍŠNÍHO KOŘENE POD KONTROLOU VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení periradikulární terapie míšního kořene pod kontrolou výpočetní tomografie (CT). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Periradikulární terapie míšního kořene je výkon, při kterém se po místním znecitlivění, zavede speciální tenká jehla do blízkosti míšního kořene a aplikuje se léčebná směs, která je připravena těsně před aplikací přímo na pracovišti. Léčebná směs obsahuje kombinaci speciálního anestetika a depotního (dlouhodobě účinného) kortikoidního přípravku označená malým množstvím jodové kontrastní látky.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby

Periradikulární terapie je výkonem, který má za cíl snížit bolestivé příznaky způsobené stlačením míšních kořenů vyhřezlým meziobratlovým diskem či kostěnými výrůstky (spondylofyty). Je používána v případě, kdy není běžná léčba (léky, infúze, rehabilitace) dostatečně účinná a zároveň není vhodná operační léčba. Výkon může být v některých případech považován za terapeutický (potíže se výrazně zmírní či zcela vymizí). Může se stát, že efekt výkonu nebude dostatečný, proto jej lze opakovat, či následně přistoupit k operačnímu řešení.

Příprava k výkonu

Periradikulární terapii míšního kořene pod kontrolou výpočetní tomografie lze provést ambulantně či za hospitalizace. Před výkonem je vhodné jíst lehčí stravu, lačnění není nutné. Pokud užíváte nějaké léky, můžete je (s výjimkou léků na snížení krevní srážlivosti – takzvané ředění krve) užít normálním způsobem. Před výkonem Vám bude zkontrolována krevní srážlivost. Pokud ji máte sníženou, provede Vám ošetřující lékař její úpravu na normální hodnotu. Vlastní výkon se provádí v místním znecitlivění, které aplikuje radiolog pomocí injekce znecitlivujícího prostředku do místa aplikace léčebné směsi.

Postup při výkonu

V úvodu výkonu bude provedeno takzvané plánovací vyšetření, které umožní přesné zaměření oblasti, kde bude výkon proveden. Nelíší se nijak od běžného vyšetření výpočetní tomografií. Po plánovacím vyšetření Vám bude na těle bezbolestně označeno místo vpichu jehly. Poté se provede znecitlivění.

Po ověření jeho účinnosti zavede radiolog do oblasti zájmu speciální tenkou jehlu, pomocí které bude aplikována léčebná směs do blízkosti ošetřovaného míšního kořene. Přístup je obvykle volen zevně od páteře, mimo průběh míchy, takže nemůže dojít k jejímu poškození. Po aplikaci bude místo vpichu sterilně zakryto. Dle vašeho aktuálního stavu budete po určité době ambulantního sledování propuštěn/a s doprovodem do domácího ošetření či transportován/a na lůžkové oddělení k dalšímu sledování.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Výskyt komplikací při periradikulární terapii je malý, ale nelze jej zcela vyloučit. Běžné je malé krvácení v místě vpichu, které se vyřeší krátkým stlačením místa vpichu. Po aplikaci léčebné směsi můžete pociťovat tlak v průběhu ošetřovaného nervu, tedy bolest vystřelující do končetiny, která se obvykle rychle upraví.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Zřídka se může objevit krátkodobé znečítlivění v průběhu ošetřenému nervu a omezení pohyblivosti končetiny, které se spontánně upraví během několika desítek minut.

Chování po výkonu, možná omezení

Po nezbytně nutnou dobu budete po výkonu z důvodu vyloučení komplikací sledován/a buď na lůžkovém oddělení či na ambulantním pracovišti. Pokud by se po Vašem propuštění ze zdravotnického zařízení vyskytly nějaké zdravotní komplikace, vyhledejte neprodleně lékařskou pomoc.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěděk:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)