

PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE (PRT) – OBSTŘÍK MÍŠNÍHO KOŘENE POD CT KONTROLOU

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

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

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

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař/ka doporučil/a provedení obstříku míšního kořene pod CT kontrolou, tzv. periradikulární terapie (PRT).

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, 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

Cílem výkonu je odstranit kořenovou (radikulární) bolest v dolní končetině způsobenou drážděním daného nervu. Výkon může současně sloužit jako diagnostický test, je-li původcem bolesti v končetině dráždění daného nervu.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Není-li pacient nakloněn níže popsanému výkonu, pak lze postupovat pomocí jiných, standardních metod léčby vertebrogenních potíží. Jako jsou rehabilitace, analgetizace, atd. Tyto metody mohou mít v konečném důsledku stejný efekt jako samotný PRT. Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou další alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Výkon se provádí obvykle ambulantně a není nutná žádná speciální příprava. Protože však budete po určitou dobu (15-45 minut) ležet na břiše, je vhodné, aby Vaše poslední jídlo bylo lehké a minimálně s odstupem 3 hodin před výkonem.

Postup při výkonu

Obstřík se provádí směsí lokálního anestetika (např. Marcain), kortikoidu (Diprofos) a jodové kontrastní látky. Provádí se vleže za kontroly CT (výpočetní tomografie). Po zacílení CT řezy a označení místa vpichu je dezinfikována kůže zad a provedeno místní znecitlivění injekcí lokálního anestetika. Pak je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu páteře dle indikujícího lékaře a po CT kontrole polohy hrotu jehly je aplikována směs cca 3,5 ml lokálního anestetika, 1 ml Diprophosu a 1 ml jodové kontrastní látky do okolí příslušného míšního kořene. Při aplikaci směsi můžete přechodně pociťovat tlakovou nebo ostřejší bolest z přechodného tlaku na kořen, ta však po ukončení výkonu odezní. Kontrolní CT vyšetření ukazuje rozložení léčebné směsi. Jehla je pak odstraněna a vpich ošetřen sterilním krytím.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Tento výkon je přísně kontraindikován (nelze jej provést), jste-li alergický na složky obstříku, tj. na lokální anestetikum (Marcain, Mesocain...), Diprophos, jod nebo jodové kontrastní látky. Výkon by rovněž neměl být prováděn, užíváte-li antikoagulační terapii (Warfarin, Lawarin, Heparin, Fraxiparine...). V případě nejasností se poraďte s ošetřujícím lékařem.

Vedlejší efekty:

Dočasná porucha čítí a slabost končetiny pro blokádu příslušného míšního kořene lokálním anestetikem – tzv. pocit necitlivosti v nervem zásobeném okrsku a oslabení hybnosti dané končetiny (například u kořene

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

L5 – přitáhnutí 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 – intrathekálně, důsledkem může být krátkodobé oslabení citlivosti a hybnosti obou končetin, či potíže s ovládním svěračů – odezní do 24-48 hodin.

Možné komplikace a rizika:

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 jak 1% případů. V neposlední řadě může dojít k alergické reakci na aplikovanou směs, kdy nejčastější jsou kožní reakce jako vyrážka a podobně, vzácně však může alergická reakce končit i smrtí. Proto je výkon kontraindikován u pacientů s alergií na složky aplikované směsi.

Chování po výkonu, možná omezení

Alespoň 20 minut observace po výkonu, při jakýchkoli projevech alergické reakce (vyrážka, zarudnutí, třes, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy apod.) se ihned hlase lékaři či ošetřujícímu zdravotnickému personálu. Vpich ponechte alespoň 24 hodin krytý sterilním mulem, záda nespřchujte. Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se namáhavé chůze. Co nejdříve po výkonu, dle objednání, navštivte svého indikujícího lékaře ke kontrole (není-li výkon prováděn za hospitalizace). Je-li výkon prováděn ambulantně, bylo by vhodné, abyste se k zákroku dostavil/a v doprovodu druhé osoby.

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.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ 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. 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, 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, uveďte se adresa a datum narození)