



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PROVEDENÍM NEUROINTERVENČNÍHO VÝKONU (PRT / FD / SI) *

Oddělení: **Zobrazovací metody**

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Co je CT vyšetření

Vyšetření výpočetní tomografií (dále CT) je neinvazivní zobrazovací metoda, která využívá rentgenové paprsky k vytvoření obrazů lidského těla. Vzniká vrstevové zobrazení, které dovoluje posuzovat změny ve vnitřních orgánech bez i s kontrastní látkou.

Možná rizika plynoucí z ionizujícího ozáření:

Ionizující (a tedy i rentgenové) záření může mít negativní účinky na člověka, proto lékař rozhoduje, zda je vyšetření nezbytné. Pokud ano, pak je riziko spojené s jeho provedením vždy menší, než riziko spojené s jeho neprovedením.

Technické parametry vyšetření jsou nastaveny tak, aby obdržaná dávka pacienta byla co nejmenší v poměru zachování diagnostického přínosu vyšetření, které je prováděné plně erudovaným personálem.

Periradikulární terapie (PRT): ošetření drážděného nervového kořene v místě jeho výstupu z kanálu páteřního

Fasetová denervace (FD): ošetření drobných meziobratlových kloubů, jejichž změny dráždí nervová zakončení v okolí skloubení.

Opich SI skloubení (SI): ošetření skloubení kostí křížové a kyčelní (sakroilický kloub) cílenou intraartikulární aplikací medikamentů

Vyšetření se provádějí na lačno, užívání léků není omezeno, stejně jako pitný režim.

Při užívání léků na ředění krve je nutné ověřit aktuální stav krevní srážlivosti jejím vyšetřením z krevního vzorku několik dnů před plánovaným výkonem.

U PRT je doprovod pacienta a odvoz z CT pracoviště domů nezbytný.

Popis zdravotního výkonu:

Typ ošetření je v souladu Vašeho klinického nálezu ověřeného lékařem – specialistou a nálezu na dříve provedeném CT či MRI vyšetření. Za CT kontroly v poloze na břicho je s milimetrovou přesností zaměřena oblast, ve které bude výkon proveden (u PRT okolí příslušného drážděného nervového kořene, u FD okolí příslušného meziobratlového skloubení, SI skloubení). Poté je do ní zavedena tenká jehla (v tlušťce nedosahující 1mm), kterou se aplikuje odpovídající směs medikamentů – dlouhodobě působícího analgetika a kortikoidu s minimem kontrastní látky, která umožňuje závěrečné posouzení distribuce směsi v oblasti.

Možná rizika doporučeného zdravotního výkonu:

S ohledem na přísně lokální podání medikamentů a CT navigaci je procento výskytu komplikací zcela minimální. Mezi možné komplikace patří:

- ✓ kontakt zaváděné jehly s ošetřovaným nervovým kořenem – projeví se nejčastěji jako náhlé zvýšení bolesti s možným „vystřelením“ do nohy. Obvykle rychle odezní.

- ✓ ovlivnění tzv. vegetativních nervů v okolí páteře – projevuje se pocity tepla, které se šíří do dolní končetiny, následně pak točením hlavy, pocením, slabostí až kolapsem. Tento efekt je krátkodobý a ustupuje obvykle bez potřeby podání léků.
- ✓ krvácení z místa vpichu - obvykle se spontánně zastaví. Přesto je nezbytné u pacientů užívajících léky na ředění krve (Anopyrin, Acylpyrin, Warfarin apod.) tuto informaci znát a mít k dispozici aktuální parametry srážení krve.
- ✓ aplikace léčebné směsi do mozkomíšního moku (u PRT) – i přes správné uložení hrotu jehly může dojít k zatečení malého množství směsi porušenou pochvou nervového kořene do mozkomíšního moku a při jeho cirkulaci k zanešení léků do oblasti důležitých životních center s možnou jejich dočasnou blokádou - raritní, ale potenciálně vážná komplikace vyžadující hospitalizaci a sledování aktuálního stavu.
- ✓ alergická reakce na některou ze složek léčebné směsi – výjimečná komplikace vyžadující sledování stavu. Je potřebné veškeré předchozí alergie dopředu hlásit indikujícímu lékaři.

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové předpokládat:

Podrobné informace Vám sdělí lékař, který výkon provádí, a to na základě jeho průběhu a konečné distribuce medikamentů. Obecně platí šetřící režim po dobu cca 24 hod. U PRT je vyžadován doprovod včetně zajištění transportu z CT pracoviště domů, protože je možné ovlivnění inervace a volního ovládání svalů příslušné dolní končetiny, a to kdykoliv v průběhu 10-12 hod. od provedení výkonu.

Odpovědi na doplňující otázky pacienta (zákonného zástupce):

(vyplňte nebo proškrtněte)

Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,

že mě indikující lékař dne náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod a typ lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Lékař mě seznámil s očekávaným přínosem výkonu a s možnými alternativami navrhovaného vyšetření. Byl/a jsem informován/a o možných rizicích a komplikacích během výkonu, i jaký vliv bude mít výkon případně jeho odmítnutí na moji schopnosti či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré 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 uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum:

Prohlašuji, že jsem pacienta/zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka indikujícího lékaře a podpis: Datum:

Jmenovka radiologa a podpis: Datum: