

<b>Nemocnice Ivančice</b>	<b>Cílená terapie bolesti v oblasti páteře pod CT kontrolou PRT (periradikulární terapie) - cílené obstržky meziobratlových kloubů (facet) Informovaný souhlas</b>	Verze: 1
	IS/RDO-04	(1/3)

**Identifikační údaje pacienta:**

Jméno a příjmení: .....  
Datum narození: .....  
Rodné číslo: .....  
Číslo pojištěnce (není-li tím RČ): .....  
kód ZP: .....  
Adresa trvalého bydliště (u cizince místo hlášeného pobytu): .....

**Identifikační údaje osoby určené pacientem nebo jiné osoby :**

Jméno a příjmení: .....  
Datum narození: .....  
Bydliště: .....  
Vztah k pacientovi: .....

**Poskytovatel zdravotních služeb:**

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace  
Široká 390/16, 664 91 Ivančice  
IČO: 00225827 DIČ: CZ00225827 Datová schránka: ID i77k6j8

**Oddělení: RDG**

Jméno, příjmení, titul zdravotnického pracovníka poskytujícího údaje a poučení:

.....

**1. Údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb.**

Cílová skupina jsou pacienti, u kterých je příčinou bolesti útlak a dráždění nervových kořenů na podkladě degenerativních změn páteře (tvorba kostěných výrůstků – osteofytů, artróza meziobratlových kloubů – facet) a výhřezů ploténky. Pod CT kontrolou radiolog zavede tenkou jehlu do oblasti meziobratlového kloubu, foramina (otvor, kterým vystupuje nervový kořen z páteřního kanálu), event. do peridurálního prostoru (prostor v páteřním kanále). Po kontrole správné polohy jehly lékař aplikuje léčebnou směs. Tímto způsobem je možno dosáhnout vysoké účinnosti léků cíleně přímo v místě zájmu. V jedné sérii se většinou provádí 3 cílené aplikace léčebné směsi v odstupech 2 - 3 týdnů. Terapie se provádí v lokální anestezii. Tímto způsobem cíleně podáváme směs obsahující kortikoid (Dexamed) a lék proti bolesti (Marcain, příp. Bupivacaine). Podané léky působí hlavně lokálně, proto očekáváme pouze minimální celkové působení. Kortikoidy mají v oblasti nervových kořenů protizánětlivý a protiedematózní účinek (potlačují otok). Tím snižují tlak na nervový kořen a jeho dráždění. Často je nutné opakování injekcí, aby bylo dosaženo dostatečné snížení obtíží. U velkého procenta pacientů může dojít k výraznému zlepšení či dokonce k úplnému vymizení obtíží. **Nežádoucí účinky** se vyskytují relativně zřídka a jsou vyvolány aplikovanými léky. Po místním analgetiku může dojít k alergické reakci. Při nízké dávce kortikoidů nedochází k trvalým nežádoucím účinkům, jako možné nežádoucí účinky se mohou objevit křeče lýtek, mírné zvýšení hmotnosti, zvýšení hladiny cukru v krvi, mírný vzestup krevního tlaku, akné, zvýšené praskání drobných cévek s tvorbou modřin, poruchy menstruačního cyklu u žen. Pro možnost podráždění mening (mozkomíšních obalů) se může objevit bolest hlavy. U lidí, kteří mají sklon k žaludečním a dvanácterníkovým vředům, může ojediněle dojít ke znovuobjevení se vředů.

**2. Jiné alternativy** Neinvasivní metody: rehabilitace, farmakologická analgetizace atd. Miniinvasivní metoda: nahrazení směsi analgetik a kortikoidů aplikované během periradikulární terapie ozónem - tzv. ozonoterapie. Tyto metody mohou mít v konečném důsledku stejný efekt jako PRT. V některých případech může být jediné účinné řešení potíží neurochirurgický zákrok. Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou další alternativu a zda si můžete zvolit z několika alternativ, Vám poskytl Váš ošetřující lékař, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

**3. Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti** po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o **změnách zdravotní způsobilosti**. Ve výjimečných případech mohou kortikoidy zvyšovat srážlivost krve a tím tvorbu trombóz (riziko embolie). V samotném punkčním kanálu může dojít k mírnému krvácení a vytvoření hematomu. Jednou z nejzávažnějších teoretických komplikací by bylo zanesení infekce do nervového kanálu. To by mohlo vést k výrazným bolestem a horečce.

**4. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních**, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb: V ojedinělých případech se může objevit po injekci tupý pocit až necitlivost a slabost dolní končetiny. Tyto obtíže po několika hodinách samovolně odeznívají, obdobně jako „injekce u zubaře“. Z těchto důvodů pacient nesmí po injekci sám řídit motorová vozidla a minimálně půl hodiny po výkonu je pacient sledován v čekárně. Ze stejného důvodu vyžadujeme, aby pacient měl s sebou na cestu domů z vyšetření francouzské hole a zajistil si doprovod.

**DOTAZNÍK – Máte některé z následujících onemocnění?**

Vysoký krevní tlak	ANO	NE
Poruchy srdečního rytmu	ANO	NE
Sklon k nízkému tlaku	ANO	NE
Žaludeční či dvanácterníkové vředy	ANO	NE
Trombóza, plicní embolie	ANO	NE
Osteoporóza	ANO	NE
<b>Alergie (zejména Mesocaine, Marcaine ...)</b>	ANO	NE
<b>Užíváte léky omezující srážlivost krve?</b>	ANO	NE
<b>Jste těhotná?</b>	ANO	NE

**Poučení pacienta:**

1. pacient má právo klást doplňující otázky vztahující se k navrhovaným zdravotním službám a právo na jejich srozumitelné zodpovězení,
2. pacient má právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují,
3. pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat.

**Vyjádření pacienta nebo osoby určené pacientem/jiné osoby**

Já níže podepsaný pacient/osoba určená pacientem nebo jiná osoba prohlašuji:

- že jsem byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupech při poskytování zdravotních služeb
- že údaje a poučení uvedené shora v tomto písemném souhlasu pod písm. A) až D) mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny
- že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a že výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů,
- že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladně provedení dalších zákroků nutných k záchraně nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony
- že jsem byl poučen o tom, že mohu svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat

Datum:

.....

podpis pacienta

.....

podpis zdravotnického pracovníka

.....  
podpis osoby určené pacientem (není-li taková osoba nebo není-li dosažitelná, pak udělí souhlas osoby za stejných  
podmínek a v pořadí): manžel/registrovaný partner, rodič jiná svěřávná osoba blízká, pokud je známa

.....  
Nemůže-li se pacient podepsat, запиšte důvody bránící k získání podpisu pacienta a uveďte, jakým způsobem  
pacient projevili svou vůli

.....  
podpis svědka, který byl přítomen projevu souhlasu

Jméno, příjmení, pracovní zařazení nebo bydliště: .....