

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

Periradikulární terapie / Facetová denervace

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Indikace k perkutánní periradikulární terapii (PRT) event. facetové denervaci (FD) je stanovena na základě klinického nálezu.

K PRT jsou indikovány stavy:

1. Protruze nebo výhřez meziobratlové ploténky.
2. Zúžení páteřního kanálu a kořenového kanálu.
3. Pooperační perineurální fibróza.
4. Recidiva výhřezu ploténky („failed back surgery“ syndrom).
5. Spondylolisthesa.

K FD jsou indikace:

Deformující spondylartrosa se změnami vazivového aparátu a kloubního pouzdra.

Výkon PRT i FD provádíme výhradně pod navigací CT.

Průběh výkonu:

Pacient je v poloze na břiše se vzpaženými horními končetinami.

Provede se laterální toposken a je vybrána oblast zájmu. Poté je zhotoveno několik skenů (obrazových záznamů), vybrán ten, kde je patrný postižený nervový kořen a do perineurálního prostoru je instalována tenkou jehlou léčebná směs s příměsí kontrastní látky, aby byla patrná distribuce směsi.

FD se provádí stejným způsobem, ale směs je aplikována k intervertebrálnímu kloubu, někdy lze i přímo do kloubu.

Rizika a možné důsledky výkonu:

- Poranění nervového kořene jehlou event. aplikovanou směsí do nervu
- Aplikace léčebné směsi do epidurálního plexu
- Přechodná bolest hlavy, závratě, nevolnost
- Přechodné parestezie až dysethesie v inervační zóně
- Alergická reakce na anestetikum či jodovou kontrastní látku s možným rozvojem anafylaktického šoku i možným následkem smrti.

Riziko spojené s ionizujícím (rentgenovým) zářením:

Ionizující záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn vedoucích k poškození struktur živé hmoty. Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

Alternativy výkonu:

Výkon je vysoce efektivní a nemá přiměřenu alternativu, zejména při léčbě kořenové bolesti již v minulosti operovaného terénu.

Alternativním přístupem je chirurgický výkon, který je pro pacienta mnohem náročnější a v současné době není vždy indikován jako primární.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Výkon se provádí ambulantně.

Po výkonu budete cca 20 minut v čekárně, při jakýchkoliv projevech alergické reakce (vyrážka, třes, zarudnutí, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy apod.) se ihned hlase lékaři, či ošetřujícímu zdravotnickému personálu.

Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se namáhavé chůze. Pokud se neobjeví žádné komplikace, můžete odejít domů.

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU
Periradikulární terapie / Facetová denervace

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Je vhodné, aby jste se k zákroku dostavil(a) v doprovodu druhé osoby.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Není definován speciální následný režim a omezení.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas:

.....
Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a *Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce*

Případný svědek/svědci

.....
Podpis svědka/svědků

Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat