Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

INFORMOVANÝ SOUHLAS

KOŘENOVÝ OBSTŘIK POD CT KONTROLOU
PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE (PRT)

jméno a příjmení pacienta/tky:_____
(hůlkovým písmem)

rodné číslo (číslo pojištěnce):_____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/tky:_____

Vážená paní, Vážený pane,

podepisujete informovaný souhlas s výkonem, kdy podrobné informace získáte od ošetřujícího personálu.

Účel, důvod zákroku (vyšetření):

Cílené podání léčebné směsi obsahující lokální anestetikum a dlouhodobě působící kortikosteroid (lék proti zánětu a otoku) k nervovému kořeni u páteře po jeho zaměření pomocí CT. Periradikulární terapie je doplňkem komplexní léčby pacientů s kořenovým syndromem. Jde o léčbu symptomatickou (zmírnění bolesti), trvalé zlepšení je pouze ojedinělé.

Rizika zákroku (vyšetření) (existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření)):

Možnost přechodného snížení citlivosti nebo i hybnosti dolní končetin.
Nevolnost až kolaps.
Bolest v místě vpichu.
Vzácně déletrvající krvácení z místa vpichu při poruchách srážlivosti.
Alergická reakce na dezinfekci, léčebnou směs.
Velmi vzácně krevní výron v páteřním kanálu s rizikem rozvoje závažného neurologického postižení – ochrnutí.

Alternativa k výkonu:
Kořenový obstřik bez CT kontroly s nízkou přesností.

Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké:

Máte alergii na: léky, přípravek (Marcain, …) ?	ano	ne
Máte závažná onemocnění srdce a cév?	ano	ne
Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo tvorbě krevních podlitin (modřin)?	ano	ne
Trpíte přecitlivělostí vůči náplastem?	ano	ne
Užíváte léky na ředění krve? (anopyrin, Warfarin, clexane)	ano	ne
Pro ženy: Jste těhotná?	ano	ne

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací:

Doporučujeme do druhého dne dodržovat obecně šetřící režim.
Vyčkat 30 minut po výkonu, setrvat vsedě v čekárně RDG oddělení spolu se svým doprovodem. Následně Vás může Váš doprovod odvézt domů.
Dostatečný příjem tekutin.
Informovat lékaře o svém zdravotním stavu (zejména alergie, onemocnění ledvin, poruchy srážlivosti krve, těhotenství).
Včasné informování o Vašich případných potížích zdravotnímu personálu, zabrání rozvoji možných komplikací.

Já, níže podepsaný pacient(ka), potvrzuji:

že mi lékař srozumitelně vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok,

že jsem srozuměn(a) s riziky, která jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, která jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav,

že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku,

že jsem srozuměn(a) s tím, že provedený zákrok nemusí změnit můj zdravotní stav k lepšímu a může se také stát, že můj zdravotní stav se může zhoršit,

že jsem měl(a) možnost přečíst si informační leták o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích a rizicích,

bylo mi umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ, otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti,

že jsem nezamlčel(a) žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na průběh výkonu i můj zdravotní stav po výkonu,

že jsem srozuměn(a) s tím, že zákrok provede lékař – radiolog na CT pracovišti a že pro zaměření správné pozice - zavedené jehly bude použito vyšetření CT (rentgenové záření),

že jsem při plném vědomí, orientován(a) v čase, místem a osobou a již nemám žádné další otázky,

bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou výkony provedeny.

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum:
Podpis pacienta/tky nebo jeho zákonného zástupce:_____

Jméno a příjmení
zákonného zástupce /opatrovníka/_____ RČ_____

Prohlášení indikujícího lékaře
Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Datum: Jméno lékaře:_____ Podpis lékaře:_____