

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Vážená paní, vážený pane,

na základě klinického vyšetření Vám doporučil ošetřující lékař provedení **tzv. periradikulární terapie (PRT)**. Podle současných právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením výkonu u Vás souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu.

Při výkonu je nepřipustné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat na lůžkovém oddělení šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky u Vás **musí být provedena příprava podáním léků**. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete dvě hodiny před vyšetřením, nebo Vám bude podán Dithiaden injekčně do svalu těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál AG pracoviště! V některých případech (vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému. **Před vyšetřením s podáním kontrastní látky je nutno 4 hodiny lačnit. Tekutiny lze požit ještě do 2 hodin před výkonem.** Pokud jste si vědom(a), že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál AG pracoviště, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. Je nutné ráno požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou na AG pracoviště), nerozhodne-li ošetřující lékař jinak. Ošetřujícího lékaře upozorníte před výkonem na **poruchu srážlivosti** krve či užíváte-li Warfarin; v případě **virového onemocnění jatera AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Postup při výkonu.

Jedná se o intervenční radiologický výkon, při kterém se v místním znecitlivění pomocí tenké jehly pod kontrolou CT obrazu provede u pacienta ležícího na břiše ze zad v místním znecitlivění nápich prostoru v bezprostředním okolí zvoleného nervového kořene při jeho výstupu z páteře a aplikuje se do tohoto prostoru tekutina dlouhodobě zmírňující zánět, otok a bolest. V řadě případů tak dojde k ústupu příznaků s pojených s útlakem příslušného nervového kořene. Během výkonu může být podávána kontrastní látka, která se v malém množství může dostat do cévního řečiště. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony. Délka výkonu se většinou pohybuje kolem 30 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

Výkon není zcela bez rizika. Úmrtí v souvislosti s výkonem je extrémně vzácné. Metoda využívá k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. Při výkonu se někdy podává malé množství kontrastní látky, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil(a) jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější. Během zavádění instrumentaria může velmi vzácně dojít k porušení cévy a vnitřnímu krvácení, může, opět extrémně vzácně, dojít k zanesení infekce. Tyto komplikace si mohou vyžádat chirurgické řešení, většinou se ale řeší konzervativně. Efekt výkonu z hlediska Vašich potíží nelze jednoznačně předvídat, někdy dojde i jejich přechodnému zhoršení. Po výkonu nebývá vzácností dočasná porucha hybnosti jedné nebo obou dolních končetin nebo porucha jejich citlivosti.

Radiodiagnostické oddělení**Chování po výkonu, možná omezení.**

Výkon se provádí ambulantně, v případě komplikací je však nutná hospitalizace. Po výkonu bude nutné setrvat na asi hodinu na lůžku pouze na zádech. Je zapotřebí, abyste včas hlásili případnou narůstající bolest zad nebo jiné potíže. Pokud by se objevily až doma neváhejte kontaktovat nás, indikujícího lékaře nebo přivolat RZP! Tyto potíže jsou však velmi vzácné. Bude Vás sledovat školený personál.

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 mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji 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 mé osoby 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).

V Plzni dne:v hod.

Pacient/ka: **rodné číslo**

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah

Podpis pacienta/pacientky:

Lékař provádějící poučení
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu:
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

.....
podpis zákonného zástupce nebo svědka