

Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby:
PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE, FACETOVÁ DENERVACE
(obstřík míšního kořene, obstřík facetového kloubu)

Pacient/ka: _____ **Rodné číslo:** _____ **ZP:** _____
jméno, příjmení, titul

Zákonný zástupce, opatrovník:

Jméno, příjmení, titul: _____ Narozen/a: _____

Bydliště: _____

Informující lékař: MUDr. _____
jméno a příjmení

Účel, povaha, předpokládaný přínos tohoto výkonu:

Lékař, který Vás vyšetřil ambulantně nebo při pobytu v nemocnici a zná Váš zdravotní stav se rozhodl, že prospěch navrhovaného výkonu významně převyšuje možná rizika. Konzultoval Vaše onemocnění s radiodiagnostickým oddělením a usoudil, že tato metoda je vhodná. Nicméně máte možnost vyjádřit svůj názor, který musíme brát na zřetel a pokud po rozhovoru s lékařem usoudíte, že výkon nechcete podstoupit, máte právo jej odmítnout. Je to Vaše svobodné rozhodnutí, ke kterému můžete zodpovědně přistoupit až po zvážení všech informací o svém zdravotním stavu a o alternativních vyšetřeních a léčebném postupu.

Předpokládané důsledky a následky výkonu, možná rizika spojená s tímto výkonem:

Analgetický efekt, což znamená ústup příznaků, kvůli kterým se výkon prováděl, bývá zpravidla již ten samý den. Vzhledem k dlouhodobému efektu Diprophosu se Váš stav může zlepšovat i následujících 14 dní.

Předpokládaný postup zdravotního výkonu:

Výkon se provádí zpravidla ambulantně, zpravidla u pacientů kteří mají dlouhodobější bolesti končetin v průběhu příslušných nervových kořenů, které neustupují ani po infuzních analgetických terapiích. Není třeba žádná speciální příprava. Protože však budete ležet po určitou dobu (15-45 min) na břiše, je vhodné, aby Vaše poslední jídlo bylo lehké a minimálně s odstupem 3 hodin od výkonu. Obstřík se provádí směsí Marcainu, Diprophosu a jodové kontrastní látky. Provádí se vleže za kontroly CT. Po zacílení CT řezy a označení místa vpichu je dezinfikována kůže zad. Následně lékař provede lokální anestezii (Mesocain). Po té je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru (v případě obstříku kloubní facetu se jehla zavází k okraji facetového kloubu) příslušného segmentu páteře, dle doporučení indikujícího lékaře. Po CT kontrole polohy hrotu jehly se provádí aplikace směsi Marcainu, Diprophosu a jodové kontrastní látky do okolí příslušného míšního kořene. Při aplikaci směsi můžete přechodně pociťovat tlakovou či ostřejší bolest z přechodného tlaku na kořen. Bolest však po ukončení výkonu odezní. Kontrolní CT vyšetření ukazuje rozložení léčebné směsi. Jehla je odstraněna a vpich sterilně ošetřen.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem:

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít k mírnějším nebo i vážnějším komplikacím.

- První komplikací může být *alergická reakce* na látku používanou při místním znecitlivění (nejčastěji Mesocain). Taková reakce může mít ve výjimečných případech i velmi těžký průběh.
- *Drobné krvácení* z podkoží při napíchnutí menší cévy není nebezpečné.

- Po aplikaci léčebné směsi může dojít k přechodnému výraznému *snížení citlivosti i hybnosti příslušné končetiny*.

Z toho důvodu Vám doporučujeme po výkonu odejít s doprovodnou osobou a *důrazně Vám nedoporučujeme v den výkonu řídit motorové vozidlo*.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Alespoň 20 minut počkejte v čekárně a při jakýchkoliv projevech alergické reakce se ihned hlase lékaři na CT pracovišti (vyrážka, třes, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy apod.) Vpich ponechejte 24 hodin sterilně krytý.

Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se namáhavé chůze. Po výkonu (dle objednání) navštivte svého indikujícího lékaře.

Prohlášení pacienta / pacientky:

Byl/a jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Současně **vyslovuji souhlas** s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: _____, v _____ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** _____

Podpis zák. zástupce, opatrovníka: _____

Podpis informujícího lékaře: _____

V případě, že se pacient / pacientka nemůže podepsat:

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uveďte také adresu a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevila/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu: _____

Pacient/ka projevila/a souhlas tak, že: _____

V Prachaticích, dne: _____, v _____ hodin. _____

podpis svědka