



INFORMOVANÝ SOUHLAS k výkonu kořenového obstříku

Pacient: _____ ČP: _____ Poj _____ Č. chor.: _____

A - 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.

B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok (vyšetření)

Kořenový obstřík pod CT kontrolou - Periradikulární terapie (PRT)

C - Rizika zákroku (vyšetření)

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

- Možnost přechodného snížení citlivosti nebo i hybnosti dolní končetiny
- Nevolnost až kolaps
- Bolest v místě vpichu
- Vzácně déletrvajícím krvácením z místa vpichu při poruchách srážlivosti
- Alergická reakce na dezinfekci, kontrastní látku nebo léčebnou směs
- Velmi vzácně krevní výron v páteřním kanálu s rizikem neurologického postižení - ochrnutí
- Velmi vzácně krevní výron v páteřním kanálu s rizikem rozvoje závažného neurologického postižení - ochrnutí
-

D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika

- Kořenový obstřík bez CT kontroly s nízkou přesností
-

E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké)

- Máte alergii na jód ?
- Měl(a) jste již alergii na podanou kontrastní látku ?
- Trpíte přecitlivělostí vůči náplastem nebo lékům na místní znecitlivění (lokální anestetikum) ?
- Máte zvýšený sklon ke krvácení nebo tvorbě krevních podlitin (modřin) ?
- Užíváte léky na ředění krve (Warfarin, Lavarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis) ?
- Jste těhotná nebo mohla by jste být těhotná ?

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

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

G - Pacientův informovaný souhlas

RID: _____

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných rizik a možných alternativ. Otázky byly lékařem zodpovězeny k mé spokojenosti
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- že jsem nezamlčel(a) žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na průběh 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 (rentgenovo záření)
- že jsem srozuměn(a) s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj zdravotní stav zhoršit

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

Datum: _____ Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce: _____

H - 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: _____