

Informovaný souhlas pacienta/pacientky s výkonem

Facetová denervace a periradikulární terapie

Identifikační údaje pacienta/pacientky:

Příjmení: Jméno: Titul: RČ:

Výška: cm Váha: kg

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení: Jméno: Titul: RČ:

Vážená pacientko, Vážený paciente,

máte nezadatelné právo podílet se na diagnostickém a léčebném postupu, který Vám byl s ohledem na Váš zdravotní stav navržen, máte také právo být ještě před Vaším rozhodnutím o těchto postupech informován/a. Výše uvedený zdravotní zákrok Vám byl lékařem indikován s ohledem na Váš současný zdravotní stav.

1. Účel výkonu:

Jde o minimálně invazivní, cílený intervenční výkon, zmírňující bolestivé stavy páteře. Jedná se o bezpečnou a efektivní léčebnou metodu, která má u vhodně zvolených pacientů příznivé a dlouhodobé výsledky.

2. Alternativy výkonu a jejich možné komplikace a rizika:

Facetová denervace a periradikulární terapie nemá alternativu.

3. Jaký je předpokládaný prospěch výkonu:

Jedná se o výkon vedoucí ke snížení bolesti, zlepšení kvality života a mobility.

4. Jaký je režim před výkonem:

Není nutná žádná příprava.

5. Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí bez znecitlivění, výhradně pod CT kontrolou.

Na vyšetřovně CT, kde se bude výkon provádět, budete uložen/a do polohy na břicho. V této poloze musíte po dobu výkonu nehybně setrvat. Lékař provádějící výkon zaměří místo, kam bude aplikovat léčebnou směs, určí nejbezpečnější přístup. Pak zavede do stanoveného místa tenkou jehlu, kterou aplikuje léčebnou směs. Poté jehlu odstraní a místo vpichu přelepí, na závěr zkontroluje CT přístrojem umístění směsi.

6. Jaké jsou možné komplikace a rizika zvoleného výkonu:

Výkon by se neměl provádět u pacientů s vředovou chorobou, těžkou osteoporózou, dekompenzovaným diabetem, při akutní infekci, u onemocnění herpes simplex a po ochranném očkování.

Výskyt komplikací je při těchto výkonech obecně nízký (cca do 5 %). Nejčastěji se jedná o nechtěné podání léčebné směsi intratekálně (pod nervové a míšní obaly), tím se výrazně posílí účinek směsi a nastane přechodná (zhruba 4-6 hodin) porucha citlivosti v místě, kde byla směs podána. Tyto komplikace nezanechávají trvalé následky a odezní spontánně za několik hodin, může si však vyžádat krátkodobou hospitalizaci. Dalšími komplikacemi může být místní krvácení či infekce.

7. Jaký je režim po provedení výkonu:

Po výkonu setrváte cca 15 minut v čekárně CT, poté můžete, nejlépe s doprovodem, odejít. **Nedoporučuje se řízení motorového vozidla.**

8. Jaká jsou možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti:

Podle povahy a rozsahu výkonu Vám může být doporučeno omezení sedu, dodržování klidového režimu s omezením chůze.

9. Jaký je léčebný režim, případná preventivní opatření a provedení kontrolního výkonu:

Můžete provádět běžné úkony, které jste prováděl/a před výkonem bez zásadního ovlivnění zdravotní způsobilosti či pracovní schopnosti.

Facetová denervace a periradikulární terapie

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu a dále způsob jeho provedení a možné alternativy, komplikace alternativních výkonů a rizika při neprovedení navrhovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. Také jsem byl/a poučena o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb a s provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že netrpím žádnou další chorobou, o které jsem neinformoval/a ošetřujícího lékaře, neužívám další léky, o nichž lékař neví, hlavně léky ovlivňující srážlivost krve:

- hepariny (např. Fraxiparine, Clexane, Zibor, Fragmin),
- protidestičková léčiva (např. Anopyrin, Ticlid, Ibustrin, Trombex),
- nebo další protisrážlivá léčiva (např. Warfarin, Lawarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis).

Prohlašuji rovněž, že netrpím ani jsem neprodělal/a žádnou infekční chorobu – především infekční žloutenku, TBC, AIDS a že se u mne nevyskytla žádná alergická reakce (vyrážka, ztížené dýchání), o níž jsem neinformoval/a ošetřujícího lékaře.

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

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky:

Jste těhotná?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Nevím
Datum poslední menstruace:			
Antikoncepce:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Máte onemocnění štítné žlázy?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	

Souhlasím

Datum:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor:
Čas:

Dodatek: Pokud se nemůže pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, ale je schopen jiným způsobem vyjádřit svou vůli, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli:

.....

Datum a čas:Podpis svědka:

Nesouhlasím (na vyslovení nesouhlasu navazuje podpis negativního reversu)

Datum:	Podpis pacienta/ky/zákonného zástupce:	Identifikace a podpis lékaře, který provedl vysvětlující pohovor:
Čas: