

 MMN a.s. Metyšova 465 514 01 Jilemnice IČO: 05421888 tel.: 481 551 111	04_RDG-J_F_002 IS - Periradikulární obstřik pod CT kontrolou	Strana 1 z 2 Verze: 01, 05/2025
--	---	--

INFORMOVANÝ S O U H L A S
s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Jméno a příjmení pacienta/pacientky ¹	Rodné číslo
Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka ² - u zák. zástupce příbuzenský vztah	
Označení zdravotního výkonu/typ výkonu	
Periradikulární obstřik pod CT kontrolou Terapeutický výkon	

1. Popis, účel a předpokládaný přínos výkonu. Příčina a původ nemoci (je-li znám), stadium, předpokládaný vývoj

Účelem výkonu je odstranit kořenovou (radikulární) bolest v dolní končetině způsobenou drážděním nervového kořene. Výkon může rovněž sloužit jako diagnostický test, je-li původem bolesti dráždění kořene. Výkon se provádí zpravidla ambulantně, není třeba žádná speciální příprava. Protože budete ležet po určitou dobu (15 – 45minut) na břiše, doporučuje se by Vaše poslední jídlo před výkonem bylo lehké a minimálně s odstupem tří hodin před výkonem. Před výkonem vyprázdněte močový měchýř. Obstřik se provádí směsí lokálního anestetika, kortikoidu a jódové kontrastní látky. Provádí se vleže na břiše za kontroly CT (počítačové tomografie). Po zacílení pomocí CT zobrazení a označení místa vpichu je dezinfikována kůže zad a provedeno místní znecitlivění. Pak je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu páteře a po CT kontrole polohy hrotu jehly je aplikována směs do okolí příslušného nervového kořene. Při aplikaci směsi můžete přechodně pociťovat tlakovou či ostřejší bolest z přechodného tlaku na kořen, ta však po ukončení výkonu odezní. Kontrolní CT po aplikaci ukazuje rozložení léčebné směsi. Na konci výkonu je jehla vytažena a místo vpichu je sterilně překryto.

2. Rizika obecně spojená s výkonem, rizika spojená s osobou pacienta vzhledem k jeho věku, předchozím zdravotním komplikacím, souběžným chorobám apod., naléhavost výkonu, možnost jeho odložení, příp. rizika spojená s odkladem

Poranění daného nervu (kořene) přímou aplikací roztoku do nervu – může vyústit v dlouhodobou poruchu citlivosti a hybnosti končetiny. Zanesení infekce do páteřního kanálu či jeho okolí. Tyto komplikace jsou velmi vzácné – méně než 1% případů. V neposlední řadě může dojít k alergické reakci na aplikovanou směs, kdy nejčastější jsou kožní reakce, jako vyrážka a podobně, vzácně však může alergická reakce skončit i smrtí. Proto je výkon přísně kontraindikován (nelze ho provést), jste-li alergický na složky obstřiku, tj. na lokální anestetikum (Marcain, Mesocain apod) depotní kortikoidy (Diprophos, Depo-Medrol) jód nebo jódové kontrastní látky. Výkon by neměl být rovněž prováděn, užíváte-li antikoagulační terapii (Warfarin, Lawarin, Heparin, Fraxiparine,...). Vedlejším efektem může být dočasná porucha čití a slabost končetiny pro blokádu příslušného míšního kořene lokálním anestetikem – tzn. pocit necitlivosti v nervem zásobeném okrsku a oslabení hybnosti dané končetiny (např. u kořene L5 – přitáhnutí palce nahoru, u kořene S1 nemožnost postavení se na špičku). Tato porucha obvykle odezní do 24 hodin po výkonu. Vzácně může dojít k aplikaci anestetika do likvorových cest (intratékálně), důsledkem může být krátkodobé oslabení citlivosti a hybnosti obou končetin či potíže s ovládáním svěračů–odezní do 24–48 hodin.

Abychom snížili riziko komplikací, a především alergických reakcí na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky:

¹ Vlepit štítek nebo vepsat.

² Nehodící se škrtněte.

Máte alergii na:

léky, léky na místní umrtvení? Pokud ano, uveďte: _____ ☐ Ne

náplasti? ☐ Ano ☐ Ne

jod a jodové preparáty? ☐ Ano ☐ Ne

máte zvýšený sklon ke krvácení nebo naopak ke srážení krve? ☐ Ano ☐ Ne

3. Možné alternativy výkonu, jejich výhody a nevýhody, možnost volby alternativy

Není-li pacient nakloněn tomuto zákroku, pak se postupuje pomocí jiných, standardních metod léčby vertebrogenních potíží, jako jsou rehabilitace, analgetizace atd. Tyto metody mohou mít v konečném důsledku stejný efekt jako PRT.

4. Možné omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu a s případnými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti:

Klid na lůžku a sledování tlaku a pulsu, případně kontrolní snímek plic v případě výkonu v oblasti hrudníku či horní části břicha. Sledování pacienta alespoň 20 minut po výkonu-při jakýchkoliv projevech alergické reakce (vyrážka, třes, zarudnutí, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy apod.) se ihned hlase lékaři či ošetřujícímu zdravotnickému personálu. Vpich ponechejte alespoň 24 hodin krytý sterilním krytím. Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se namáhavé chůze. Je-li výkon prováděn ambulantně, bylo by vhodné, abyste se k zákroku dostavil(a) v doprovodu druhé osoby.

Pacient/pacientka (zákonný zástupce/opatrovník):

1. Přečtete si pozorně tento informovaný souhlas vysvětlující podstatu navrhovaného výkonu.
2. Pokud jste plně nerozuměl/a vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište je.

Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) byl poučen o svém právu klást doplňující otázky, svobodně se rozhodnout, zda s navrženým zdravotním výkonem souhlasí, či nikoli, a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních výkonů, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. Bere na vědomí, že zdravotní výkon nemusí být proveden ošetřujícím lékařem. Pacient (jeho zákoný zástupce/opatrovník) prohlašuje, že podaným informacím rozumí, nemá žádné otázky ani nejasnosti a vyslovuje svůj svobodný a informovaný souhlas s uvedenými zdravotními výkony. Současně prohlašuje, že na všechny otázky obdržel srozumitelnou odpověď a vyslovuje souhlas s provedením dalších zde neuvedených výkonů, bude-li to potřebné pro ochranu života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.

Podpis pacienta/pacientky případně zákonného zástupce/opatrovníka³	V Jilemnici dne: _____ v _____ hodin
Jméno, příjmení (jmenovka) a podpis lékaře	V Jilemnici dne: _____ v _____ hodin

Pacientovi/pacientce bránily v podpisu tohoto informovaného souhlasu tyto důvody:

.....

☐ Svou vůli projevil/a tak, že

.....

☐ Pacient/pacientka se nemohl/a osobně vyjádřit

Svědék, který byl přítomen projevu vůle k souhlasu

Jméno, příjmení	Podpis	V Jilemnici dne: _____ v _____ hodin

³ Nehodící se škrtněte.