

Periradikulární terapie (PRT) resp. facetová denervace (FD) se současným parenterálním podáním jodové kontrastní látky – informace o navrhovaném léčebném výkonu a vyjádření souhlasu s výkonem

Pacient:

Jméno a příjmení: R.č.:

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení: R.č.:

Dnešního dne..... jsem byl(a) poučen(a) ošetřujícím lékařem
MUDr. o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

Navrhovaný léčebný výkon:

Periradikulární terapie (PRT) – obstřík míšního kořene
resp. **facetová denervace (FD)** – obstřík intervertebrálního kloubu
jsou intervenční výkony v oblasti páteřního kanálu.

Cíl výkonu PRT: Akutně odstranit bolest z dráždění nervového kořene zejména ovlivněním vlivu otoku postižených kořenů – při ústupu otoku se uvolňují výstupy kořenů, lokální anestetikum zmírňuje bolest. Dlouhodobě pak účinkem kortikoidu omezit vazivové změny v okolí kořene a zmenšit jeho útlak.

Cíl výkonu FD: Akutně odstranit potíže pocházející z bolestivého intervertebrálního kloubu uvolněním blokády kloubů.

Výkon se provádí zpravidla ambulantně, není třeba žádná speciální příprava. Protože však budete ležet po určitou dobu (15 – 45 minut) na břiše, je vhodné, aby Vaše poslední jídlo bylo lehké a minimálně s odstupem tří hodin od výkonu. Obstřík se provádí směsí Marcainu, Diprophosu a kontrastní jodové látky. Provádí se vleže za kontroly CT (počítačová tomografie). Po zacílení CT řezy a označení místa vpichu je dezinfikována kůže zad a provedeno místní znecitlivění injekcí Mezocainu. Pak je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu páteře dle indikujícího lékaře a po CT kontrole polohy hrotu jehly je aplikována směs 3,5 ml Marcainu, 1 ml Diprophosu a 1 ml kontrastní látky do okolí příslušného míšního kořene. Při aplikaci směsi můžete přechodně pociťovat tlakovou či ostřejší bolest z přechodného tlaku na kořen, ta však po ukončení výkonu odezní. Kontrolní CT vyšetření ukazuje rozložení léčebné směsi. Jehla je odstraněna, vpich je překryt sterilními čtverci.

Doporučení po výkonu: Alespoň 20 minut počkejte v čekárně a při jakýchkoliv projevech alergické reakce se ihned hlasejte lékařů na CT pracovišti (vyrážka, třes, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy apod.). Vpich ponechejte alespoň 24 hodin krytý sterilním mulem, záda nesprchujte. Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se namáhavé chůze. Co nejdříve po výkonu, dle objednání, navštivte svého indikujícího lékaře ke kontrole.

Vedlejší efekty PRT, FD: Dočasná porucha cití a slabost končetiny pro blokádu příslušného míšního kořene Marcainem. Ta obvykle odezní do 24 hodin po výkonu.

Léčebná rizika:

- 1) Dlouhodobější poruchy cití a slabost končetiny.
- 2) Krvácení v místě aplikace léčebné směsi a zhoršení útlaku kořene.
- 3) Infekce páteře. Vzhledem k tomu, že kortikoidy obecně potlačují imunitu, je pravděpodobnější vychytávání a usídlení infekce v místě aplikace kortikoidu krevní cestou. Výkon není vhodné proto provádět v případě celkového nebo místního infektu.

Při opakovaných výkonech častěji než 1x za měsíc nebo dlouhodobě, je nutno mít na zřeteli možnost celkových projevů zvýšené hladiny kortikoidů v krvi.

Alternativy: Alternativou je celková infuzní léčba bolestí páteře.

Kdo rozhodl o výkonu?

Lékař, který Vás vyšetřil ambulantně nebo při pobytu v nemocnici zná Váš zdravotní stav a rozhodnul se, že prospěch z 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 je 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.

Pozn.: Lékař, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád odpoví na Vaše dotazy a vysvětlí případné nejasnosti.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem srozuměn/a s navrženým léčebným výkonem. Dále prohlašuji, že jsem lékařovi sdělil/a veškeré okolnosti týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel/a nic, co by mohlo nepříznivě ovlivnit výsledek léčebného výkonu (zvláště alergie nebo celkový nebo místní infekce).

Tento souhlas se vztahuje nejen na lékaře, který výkon bude provádět, ale i na všechny členy lékařského týmu a středního zdravotnického personálu, kteří při výkonu asistují.

Souhlasím s provedením výkonu: ANO - NE

Podpis pacienta:.....

Podpis lékaře:.....

V Táboře dne:.....

Souhlasím – nesouhlasím s přítomností osob získávajících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Souhlasím – nesouhlasím s tím, aby osoby získávající odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohly nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Všechny tyto osoby jsou povinny zachovat mlčenlivost o těchto skutečnostech.