

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče - Obstřík nervového kořene po CT kontrolou (periradikulární terapie)

Vysvětlující pohovor provedl:.....

jmenovka a podpis indikujícího lékaře

Pacient:

jméno, příjmení, rodné číslo

Indikace výkonu:

Cílem a účelem je odstranit kořenovou (radikulární) bolest v dolní končetině způsobenou drážděním nervového kořene. Výkon může rovněž sloužit jako diagnostický test, je-li původcem bolesti dráždění kořene.

Kontraindikace výkonu:

Tento výkon je přísně kontraindikován (nelze ho provést), jste-li alergický na složku obstříku, tj. na použité léčivé přípravky, jako je lokální anestetikum (místní znecitlivění – Marcaine), depotní kortikoid (léčivo proti zánětu, otoku a bolesti s prodlouženým účinkem – Depo-Medrol), jód nebo jódové kontrastní látky. Výkon by rovněž neměl být prováděn, užíváte-li antikoagulační léčbu (léčivo snižující krevní srážlivost – Warfarin, Heparin, Fraxiparine).

Režim před výkonem:

Výkon se provádí zpravidla ambulantně a není třeba žádná speciální příprava. Protože však budete ležet po určitou dobu (15 – 45 minut) na břiše, je vhodné, aby Vaše poslední jídlo před výkonem bylo lehké a minimálně s odstupem tří hodin před výkonem. Před výkonem vyprázdněte močový měchýř.

Postup při provádění výkonu:

Obstřík se provádí směsí lokálního anestetika, depotního kortikoidu a jódové kontrastní látky. Provádí se vleže na břiše za kontroly CT (počítačová tomografie). Po zacílení pomocí CT zobrazení a označení místa vpichu je dezinfikována kůže, pak je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu páteře a po CT kontrole polohy hrotu jehly je aplikována směs cca 1 ml lokálního anestetika, 2 ml depotního kortikoidu a 1 ml kontrastní látky 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.

Vedlejší efekty výkonu:

Dočasná porucha citlivosti a oslabení končetiny jsou způsobeny bloádou příslušného míšního kořene lokálním anestetikem – tato porucha obvykle odezní do 24 hodin po výkonu. Vzácně může dojít k aplikaci směsi do prostoru pod páteřní tvrdou plenu.

Důsledkem může být dočasně oslabení hybnosti a citlivosti obou končetin či dočasné potíže s ovládáním svěračů – tato porucha obvykle odezní do 24 až 48 hodin po výkonu. V ojedinělých případech může být do doby odeznění vedlejších efektů doporučena hospitalizace.

Možné důsledky, následky, komplikace a rizika:

Zřídka může při výkonu dojít k poranění daného nervu (kořene) přímou aplikací směsi do nervu, což může vyústit v dlouhodobou poruchu citlivosti a hybnosti částí končetiny. Této komplikaci se standardně předchází CT kontrolou polohy hrotu aplikační jehly vzhledem k nervovému kořeni. Ojediněle může dojít k zanesení infekce do páteřního kanálu nebo jeho okolí. Této komplikaci se standardně předchází důslednou dezinfekcí místa vpichu a použitím sterilních léčivých přípravků a sterilních jednorázových zdravotnických prostředků. Oboje komplikace nastávají velmi vzácně – u méně než 1 % případů. Může také dojít k alergické reakci na aplikovanou směs, nejčastěji v podobě kožní reakce (vyrážka, kopřivka), méně často provázené otoky sliznic, velmi vzácně se však může rozvinout akutní celková reakce v podobě anafylaktického šoku, která může končit i trvalým poškozením zdraví a popřípadě smrtí. Této extrémně vzácné, ale potenciálně nebezpečné komplikaci se standardně předchází kontraindikací výkonu u pacientů s alergií na složky aplikované směsi a dále je bez výjimky na pracovišti, kde se provádí PRT, zabezpečena po celou dobu výkonu a v bezprostředním období po výkonu stálá přítomnost kvalifikovaného lékaře a vždy je k dispozici předepsané resuscitační vybavení.

Režim po výkonu:

Alespoň 20 minut po skončení výkonu je doporučena observace (pozorování), jakékoliv projevy či podezření na projevy alergické reakce (vyrážka, třes, zarudnutí, pocity horka, ztížené dýchání, točení hlavy, apod.) je bez prodlení zapotřebí hlásit lékaři či jinému přítomnému ošetřujícímu zdravotnickému personálu. Vpich ponechejte alespoň 24 hodin zakrytý sterilním mulem, záda alespoň 24 hodin nesprchujte. Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se namáhavé chůze. Doporučujeme ležet na boku druhé strany těla, než na jaké mu byl proveden obstřík. Terapeutická směs tak může vlivem gravitace dotéci blíže ke kořeni nervu. Co nejdříve po výkonu, dle předchozího objednání, navštivte Vašeho ošetřujícího lékaře ke kontrole.

Upozornění:

Na našem pracovišti je výkon prováděn ambulantně, tj. bez hospitalizace. Proto Vám doporučujeme, abyste se k provedení výkonu dostavil/a v doprovodu druhé osoby.

Prosíme o vyplnění následujících údajů:

správnou odpověď označte křížkem

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce na léky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud ano, na jaké? _____ | | |
| 2. Užíváte léky na tzv. „ředění krve“
(např. Pelentan, Warfarin, Acylpyrin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jste těhotná? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Souhlas pacienta/ky

Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Byl/a jsem podrobně informován/a o plánovaném zdravotním výkonu. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jiných možnostech a alternativách poskytovaných zdravotních služeb a výkonů, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jeho možných rizicích a komplikacích. Toto vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité.

Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti a tímto uděluji svůj svobodný informovaný souhlas s výše uvedenou zdravotní službou a výkonem.

Datum: _____

Podpis lékaře/ky: _____ Podpis pacienta: _____ (zákonného zástupce)

Záznam o odmítnutí poskytnutí výše uvedených zdravotních služeb - REVERS

Výše navrhovaný výkon odmítám. Byl/a jsem opakovaně podrobně informován/a o svém zdravotním stavu, o důvodu a přínosu tohoto zdravotního výkonu. Zároveň jsem byl/a informován/a o možných nepříznivých následcích, které z odmítnutí tohoto zdravotního výkonu mohou nastat. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité. Přesto prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedenou, potřebnou zdravotní službu a výkon odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Datum: _____

Podpis lékaře/ky: _____
(zákonného zástupce)

Podpis pacienta: _____

Svěddek

(vyplňuje se v případě, že pacient nesouhlasí s výkonem a zároveň odmítá podepsat nesouhlas)

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Datum: _____

Podpis svědka: _____