



Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004, Z. z.

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y) (prípadne sa uvedie aj predoperačná diagnóza) *

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Periradikulárna terapia pod CT kontrolou (PRT), facetová blokáda (FB)

PRT je moderná terapeutická metóda liečby bolesti chrbtice šíriacej sa do dolných končatín pri tzv. radikulárnom syndróme. Metóda využíva počítačovú tomografiu (CT) na navigáciu ihly do presného miesta v blízkosti nervu (koreňa) alebo do oblasti kĺbneho spojenia stavcov. Ihlou sa do oblasti ktorá je príčinou bolesti následne podáva pripravená zmes liečiva a anestetika, prípadne bolus **O3 (ozónu)** pri ozonoterapii. Pacient leží na bruchu v CT prístroji. Výkon je krátky trvá maximálne 15 – 20 minút, je nebolestivý, pacient pociťuje len pichnutie ihlou v oblasti chrbtice, metóda sa vykonáva ambulantne.

Riziká a komplikácie výkonu:

RTG žiarenie – vyšetrenie sa nevykonduje u tehotných žien pre riziko poškodenia plodu žiarením.

Podanie kontrastnej látky a liečiva periradikulárne – jódomá kontrastná látka a liečebná zmes môžu vyvolať alergickú reakciu, preto Vaša alergická anamnéza musí byť uvedená na žiadanke pre intervenčný výkon. Ak je alergická anamnéza pozitívna musíte absolvovať antialergickú prípravu.

Aplikácia liečebnej zmesi do epidurálneho priestoru – sa môže prejaviť nevoľnosťou, bolesťami hlavy a závratmi.

Poškodenie nervových a cievnych zväzkov alebo okostice – veľmi zriedkavá komplikácia spôsobená ihlou pri podaní liečiva. Periradikulárna krvná zrazenina (hematóm) môže vzniknúť pri poškodení žíl, artérií v okolí koreňov. V prípade veľmi zriedkavého výskytu zvýraznenia bolesti po zákroku, o tom informujte svojho lekára.

Menštruácia - PRT môže mať za následok prechodnú poruchu menštruačného cyklu alebo intermenštruačné krvácanie.

Aby sme u Vás znížili riziko komplikácií výkonu, odpovedzte nám, prosím na nasledujúce otázky:

Trpíte sennou nádchou, precitlivosťou na potraviny, lieky, anestetiká, kontrastné látky? ÁNO - NIE

Uveďte prosím ktoré!

Ste alergický (á) na anestetikum Marcain (bupivacain) alebo na liečivo Diprophos (betametazón)? ÁNO - NIE

Trpíte ochorením štítnej žľazy? (zvýšená činnosť?) ÁNO - NIE

Ste tehotná? ÁNO - NIE

Máte momentálne menštruáciu alebo ste tesne pred alebo po menštruácii? ÁNO - NIE

* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku

** nehodiace preškrtnúť

ALFAMEDIS s.r.o. CT PREŠOV
AREÁL FAKULTNEJ NEMOCNICE S POLIKLINIKOU J. A. REIMANA HOLLÉHO 14, 081 81
PREŠOV

Primár CT pracoviska: MUDr. René Hako
Vrchný rádiologický technik: Bc. Katarína Kucová

Liečite sa na srdce?	ÁNO - NIE
Uveďte bližšie na aké ochorenie srdca sa liečite!	
Trpíte pomalým rytmom srdca, bradykardiou, alebo máte AV blokádu?	ÁNO - NIE
Liečite sa na vredovú chorobu žalúdka alebo dvanástnika?	ÁNO - NIE
Máte ťažkú osteoporózu kostí?	ÁNO - NIE
Trpíte ochorením svalov?	ÁNO - NIE
Trpíte dlhodobou infekciou, alebo ste boli nedávno očkovaný (á)? Dátum očovania	ÁNO - NIE
Liečite sa na herpes simplex alebo zoster?	ÁNO - NIE

Dolu podpísaný (á) potvrdzujem svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma poučil a oboznámil s liečebným postupom, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil (a) žiadne vážnejšie ochorenia, alergie a nezatajila tehotenstvo.

V prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov:

.....
.....

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som bol (a) informovaný (á) o možných rizikách spojených s intervenčným rádiologickým výkonom PRT alebo FB, ako aj o možných následkoch spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.

Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť či výkon podstúpim.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom (výkonom PRT alebo FB)

súhlasím - nesúhlasím**

V Prešove dňa:čas:

.....
podpis a odtlačok pečiatky

Výkon odsúhlasil:
MUDr. René Hako
primár CT pracoviska

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť
(prípadne jej zákonného zástupcu)

* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku

** nehodiace preškrtnúť