

**Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.**  
se sídlem ul. Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem, IČ: 25488627, tel. 477 111 111  
**pracoviště Rumburk**  
Jiráskova 1378/4, 408 01 Rumburk, tel. 412 332 556  
**Radiologické oddělení**

## **Písemný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s poskytnutím zdravotního výkonu: Radikulární obstřík či facetová denervace pod ct kontrolou**

### **Pacient:**

Jméno a příjmení:

R.č./datum narození

event. (u nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům): zákonný zástupce pacienta/rodiče pacienta, jedná-li se o zdravotní služby, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho život, nebyl-li předložen jiný dokument opravňující k podpisu jen jednoho z rodičů:

Jméno a příjmení:

R.č./datum narození

Bydliště

Vztah k pacientovi

Jméno a příjmení:

R.č./datum narození

Bydliště

Vztah k pacientovi

### **I. Informace o povaze onemocnění:**

### **Diagnóza:**

### **II. Informace o potřebném výkonu: označte ☒):**

☐

léčebném výkonu

☐

diagnostickém výkonu

### **Očekávaný přínos výkonu a jeho účel:**

Cílem zákroku je ztlumit bolesti, které jsou způsobené drážděním postiženého nervového kořene nebo zánětem v drobném kloubu páteře. Je nutno podotknout, že efekt není většinou trvalý, ale může být dlouhodobý. Je prováděna pod CT, používá RTG záření k zobrazení vnitřních orgánů.

### **Popis výkonu:**

Podstatou je cílené podání léčebné směsi obsahující směs lokálního anestetika, dlouhodobě působícího steroidu (léku proti zánětu a otoku), malého množství kontrastní látky k nervovému kořeni, který působí klinické potíže, popřípadě léčebný výkon na meziobratlovém skloubení, které působí obtíže. V některých případech aplikujeme stejnou jehlou směs O2-O3 v množství 8 ml. Efektem by mělo být zmenšení či vymizení obtíží. Výkon se provádí bez anestézie, případně v lokálním znecitlivění a popřípadě po celkovém zklidnění pacienta (pokud to stav pacienta a povaha výkonu vyžaduje), zcela výjimečně lze použít i celkovou anestézii. Pacient leží na břiše, bez hnutí, výkon trvá zhruba 20 minut. Nejprve se pomocí počítačové tomografie nalezne místo působící obtíže. K příslušnému nervovému kořeni či meziobratlovému skloubení se zavede tenká jehla a aplikuje se léčebná směs. Zavádění jehly a aplikace směsi mohou být provázeny bolestivostí, která však po ukončení vymizí. Po vyšetření se obvykle objeví částečné omezení hybnosti končetiny na straně obstříku způsobené anestetikem. Toto oslabení odezní do několika hodin. Výkon je možné provést za hospitalizace nebo ambulantně s doprovodem druhé osoby. Pokud jste měl/a při předchozím CT vyšetření alergickou reakci (vyrážka, potíže s dechem či byla nutná hospitalizace), máte astma či jinou alergii, poruchu ledvin, štítné žlázy, informujte prosím náš personál. Pokud máte cukrovku a užíváte léky, je nezbytné toto opět oznámit.

### **Datum a místo provedení výkonu:**

Pracoviště Rumburk.

### **Předpokládaná doba omezení obvyklého způsobu života, příp. pracovní schopnosti.**

Při nekomplikovaném průběhu 1 den.

## **Způsob a podání anestézie – znečítlivění:**

Místní znečítlivění v místě vpichu, zcela vzácně je v konkrétních indikacích nutná sedace či celková anestezie /např. u dětí/.

## **Další potřebná léčba, léčebný režim, příp. doporučení, poznámky a rady (včetně vhodných preventivních opatření a kontrolních zdravotních výkonů):**

V den výkonu vhodný klidový režim na lůžku. Vzhledem k možnosti přechodného zhoršení hybnosti vlivem anestetika, je třeba u ambulantního zákroku doprovod, který je schopen se o pacienta postarat. Léčený klient nesmí v tomto případě řídit motorová vozidla.

## **III. Rizika výkonu a možné důsledky (obecná, individuální):**

- aplikace léčebné směsi intratekálně (do prostoru v bezprostřední blízkosti míchy) s následující přechodnou chabou obrnou příslušné etáže a nutnou krátkodobou hospitalizací na lůžkovém oddělení (většinou přes noc)
- v případě intervence v krčních etážích závratě, nevolnost, zvracení, velmi výjimečně též nutnost přechodné umělé ventilace
- zcela výjimečně alergická a toxická reakce na kontrastní látku či jiné komponenty léčebné směsi
- komplikace zánětlivé jsou extrémně vzácné
- nechtěné podání léčebné směsi do cévy má minimální rizika i zde však mohou ojediněle nastat toxické a alergické reakce na podanou kontrastní látku, v mimořádných případech si tyto komplikace vyžádají rychlou lékařskou pomoc a uložení na lůžko intenzivní péče. V extrémním případě může dojít ke zhoršení funkce ledvin, hlavně tam, kde je jejich funkce již předem omezena.

Těhotenství: Ženy ve věku 15 – 45 let stvrzují zde svým podpisem, že nejsou těhotné či není pravděpodobné, že by těhotné být mohly, neboť při výkonu pod kontrolou výpočetní tomografie se jedná o výkon spojený s ionizujícím zářením a existuje riziko vážného poškození plodu.

## **IV. Alternativy výkonu:**

Ke kořenovému obstrukčnímu pod CT kontrolou se přistupuje tehdy, když neinvazivní medikamentózní a rehabilitační postupy již nejsou účinné. Alternativou může být v indikovaných případech, otevřený neurochirurgický výkon (operace).

## **V. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:**

"Vyberte z následujících možností"

vložte text v případě, že pacient měl doplňující otázky

### Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (popř. jeho zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném diagnostickém výkonu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o dalším postupu.

MUDr.

*Datum:*

*Jméno a příjmení lékaře*

*Podpis lékaře*

MUDr.

*Datum:*

*Jméno a příjmení lékaře*

*Podpis lékaře indikujícího daný výkon*

### Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném diagnostickém výkonu včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující otázky (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením diagnostického výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života a zdraví. Všemmu jsem porozuměl a s navrženým postupem souhlasím.

*Datum:*

*podpis pacienta*

*podpis zákonného zástupce*

**Jména, příjmení a podpisy svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud není pacient schopen se podepsat**

*Jméno a příjmení*

*vztah k pacientovi*

*podpis*

*Jméno a příjmení*

*vztah k pacientovi*

*podpis*

**Důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a jakým způsobem projevil svou vůli**