

FASETOVÁ DENERVACE POD CT KONTROLOU

PACIENT:

Jméno a příjmení: _____ číslo pojištěnce _____

RČ: _____ Datum narození: _____ Kód ZP: _____

Trvalé bydliště/místo pobytu: _____

Základní dg.: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE: ANO – NE** Vztah k pacientovi: _____

Jméno a příjmení: _____ Datum narození: _____

Bydliště: _____ Kontakt: _____

Důvod zákonného zastoupení: pacient je **nezletilý/ omezený ve/ zbavený způsobilosti k právním úkonům ***

Poznámka:

1. Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Příprava před vyšetřením:

K vyšetření se dostavte nalačno (min. 4 hodiny před vyšetřením pouze malé množství tekutiny, ne kávu a alkohol). V případě, že trpíte alergií na jakékoliv látky (včetně pylové alergie či bodnutí hmyzem), upozorněte na to předem Vašeho ošetřujícího lékaře i personál CT pracoviště.

Navrhovaný léčebný výkon:

Fasetová denervace (FD) – obštrik fasetového meziobratlového kloubu směsí Bupivacainu a Depo-Medrolu.

Průběh výkonu:

Obštrik se provádí vleže na břiše za CT kontroly. Po zacílení CT řezy a označení místa vpichu je odmaštěna a dezinfikována kůže zad a provedeno místní znecitlivění injekcí Mesocainu. Pak je zavedena dlouhá tenká jehla k meziobratlovému otvoru příslušného segmentu dle indikace výše jmenovaného indikujícího lékaře a po CT kontrole polohy hrotu je aplikována směs 4 ml Bupivacainu a 1 ml Depo-Medrolu do okolí příslušného míšního kořene. Jehla je poté odstraněna, vpich je překryt sterilním krytím.

Cíl výkonu

Akutně odstranit bolest vycházející z kloubního pouzdra, dlouhodobě účinkem kortikoidu omezit fibroprodukcii v okolí a hypotrofii kloubního pouzdra a zmenšit bolesti zde vznikající.

Velmi důležité je informovat ošetřujícího lékaře i personál CT pracoviště, zda jste v minulosti prodělal(a) alergickou reakci na nitrožilní podání. Informujte také o případné kožní reakci na dezinfekční přípravky s obsahem jódu.

Uvedeným zdravotním výkonem/základem nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

2. Následky a možná rizika výkonu

Možnost dlouhodobější poruchy cití a slabosti končetiny. Krvácení v místě aplikace léčebné směsi a zhoršení útlaku kořene. Hnisání páteře. Vzhledem k tomu, že kortikoidy obecně potlačují imunitu, je pravděpodobnější vychytání a usídlení infekce v místě aplikace kortikoidu krevní cestou. Výkon není vhodné 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.

U žen ve fertilním věku je nutné zjišťovat možnost těhotenství – vzhledem k ochraně plodu u těhotných žen vyšetření neprovádíme, pouze u zvlášť zdůvodnitelných stavů při ohrožení života.

Můžete spolehlivě vyloučit těhotenství? ANO NE

Rizika postupu bez léčby: nejsou v podstatě žádná, jen kolísající, opakující se a někdy i ustupující se bolest v zádech či končetině.

Ve velmi vzácných případech může dojít k úmrtí pacienta jako komplikace výkonu.

3. Alternativy výkonu

Údaje o tom, zda navrhovaný léčebný výkon má nějakou alternativu a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám / Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař(ka), který doporučil provedení tohoto léčebného výkonu.

Výkon nemá alternativy.

4. Případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.

Alespoň 30 minut vyčkejte v čekárně a při jakýchkoliv projevech alergické reakce se ihned hlase lékaři na CT (vyrážka, třes, pocity horka, potíže s dýcháním, točení hlavy). Vpich ponechejte alespoň 24 hodin krytý sterilním mulem, záda nespřichujte. Alespoň 24 hodin zachovávejte relativní klid, vyvarujte se námahy. Co nejdříve po výkonu, dle objednání, navštivte svého indukujícího lékaře ke kontrole.

5. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Jako možné vedlejší efekty FD patří porucha čítí a slabost končetiny při difuzi léčebné směsi do okolí příslušného míšního kořene. Doporučujeme mít sebou doprovod. V případě změny zdravotního stavu vyhledejte lékařskou pomoc.

6. Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné neodkladné výkony nutné k záchraně života a zdraví.

7. A) Pacient byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.

Prohlášení

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mě poskytl poučení, mně vše osobně vysvětlil, porozuměl(a) jsem sdělenému, měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mně bylo řádně odpovězeno. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem srozuměn(a) s navrženým léčebným výkonem.

Dále prohlašuji, že jsem lékaři sdělil(a) veškeré okolnosti týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel(a) nic, co by mohlo nepříznivě ovlivnit výsledek léčebného výkonu (zvláště alergie, 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. **Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku.**

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK (LÉKAŘ) POSKYTUJÍCÍ ÚDAJE A POUČENÍ:

Jméno a příjmení: _____
(hůlkovým písmem nebo razítko) (podpis)

V Rokycanech dne _____ v _____ hodin

Podpis pacienta(ky): _____ nebo zákonného zástupce*: _____