

## POUČENÍ O VÝKONU

Jméno a příjmení pacienta:.....r.č.:.....

Jméno a příjmení zákonný zástupce (opatrovník/ustanovený zástupce)\*\* :.....

Oddělení:.....Poučení provádějící lékař:.....

*Vážená paní, vážený pane,*

*rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročel/a následující informaci a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu.*

*Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamílčujeme žádnou závažnou skutečnost.*

*Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjmacího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.*

### **Název výkonu: PERIRADIKULÁRNÍ TERAPIE (PRT) POD CT KONTROLOU**

- **Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**
  - kořenovou (radikulární) bolest (např. způsobená výhřezem ploténky, která tlačí na kořen nervu a některé další bolestivé stavy páteře.
  - **Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**
    - Cílem je zmenšení bolesti u pacientů s radikulárním syndromem a tak umožnění následné rehabilitace. V místním znecitlivění kůže zavedeme tenkou jehlu do těsného sousedství nervového kořene. Malým množstvím kontrastní látky ověříme správnou polohu zavedené jehly a poté těsně k nervovému kořenu aplikujeme léčebnou směs kortikoidu a anestetika.
  - **Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:**
    - Přechodná bolest v místě vpichu a během aplikace léčebné směsi.
    - Alergická reakce (u pacientů s dosud neznámou alergií na jodové kontrastní látky).
    - Přechodná částečná obrna končetiny.
    - Přechodná bolest hlavy, závrať, nevolnost.
    - Vzácně krátkodobý pokles krevního tlaku.
  - **Alternativy zdravotního výkonu:**
    - Konzervativní medikamentózní léčba.
    - Kaudální blok – aplikace léčebné směsi do páteřního kanálu.  
Chirurgické odlehčení tlaku na nervový kořen
1. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

- Jeden den klidový režim

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 0 dní

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- 1 den, jinak dle klinického stavu a obtíží

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- V závislosti na klinickém stavu pacienta, ve vztahu k výkonu se nepředpokládá

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- Nepředpokládají se

## 2. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

- Jeden den klidový režim

### Prohlášení lékaře:

**Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval/a o jeho zdravotním stavu a důvodech léčby/provedení výkonu a všech shora uvedených skutečnostech.**

V Břeclavi dne: ..... v hod.: .....  
Jméno, příjmení, titul a podpis poučení provádějícího lékaře

### Souhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka/ustanoveného zástupce):

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném výkonu a o všech souvisejících skutečnostech, zejména o možných variantách, postupech, následcích a komplikacích. Byl/a jsem rovněž upozorněn/a na eventuelní nutnost výkon rozšířit nebo modifikovat v závislosti na aktuálním stavu a okolnostech. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy.

V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce)

### Nesouhlas pacienta (nebo zákonného zástupce/opatrovníka/ustanoveného zástupce):

Po podrobném vysvětlení a objasnění jsem navrhovaný výkon odmítl/a. Byl/a jsem dostatečně informován/a o svém zdravotním stavu, možných nepříznivých následcích a rizicích, které pro mě mohou v důsledku odmítnutí výkonu nastat.

Při plném vědomí stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a podrobně a srozumitelně informován/a o shora uvedených skutečnostech, kterým jsem plně porozuměl/a. Měl/a jsem možnost položit doplňující otázky, které mi byly srozumitelně zodpovězeny, a bylo mi umožněno vše si řádně rozvážit. Poskytnuté poučení považuji za dostatečné, nemám další dotazy. Přes toto výslovné poučení odmítám výkon periradikální terapie (PRT) pod CT kontrolou !

V Břeclavi dne: ..... v hod.: ..... Podpis: .....  
pacient (zákonný zástupce/opatrovník/ustanovený zástupce)

**Pacient se odmítl / nemohl s ohledem na svůj zdravotní stav\* z důvodu:.....**

.....

.....

podepsat, svou vůli však projevil takto:

.....

.....

Jméno a příjmení svědka (zdravotnický pracovník): .....Podpis:.....

-----  
\* nehodící se škrtněte

\*\* u osob nezletilých, pacientů s ustanoveným zástupcem