



SOUHLAS PACIENTA/TKY – ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S INTERVENČNÍM VÝKONEM LÉČBA BOLESTI LOKÁLNÍ APLIKACÍ SMĚSI KYSLÍKU S OZÓNEM (OZONOTERAPIE)

Pacient												
Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>									
Telefon:	<input type="text"/>	Rodné číslo:	<input type="text"/>									
Zákonný zástupce: Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>									
Vyplní s Vámi lékař provádějící intervenční výkon												
<input type="radio"/> A	ozonoterapie kořene nervu	<input type="checkbox"/> str. vpravo	<input type="checkbox"/> str. vlevo									
<input type="radio"/> B	ozonoterapie intervertebrálních kloubů	<input type="checkbox"/> str. vpravo	<input type="checkbox"/> str. vlevo									
<input type="radio"/> C	ozonoterapie: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> str. vpravo	<input type="checkbox"/> str. vlevo									
	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 10	

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem.

Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací, odpovédím jsem porozuměl a beru je na vědomí.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Prohlašuji, že 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 života nebo zdraví.

Každé RTG vyšetření spadá do kategorie lékařského ozáření a je tedy spojeno s potenciálním zdravotním rizikem, které závisí na radiační dávce odpovídající charakteru zvoleného protokolu. V dlouhodobém časovém horizontu může být zvýšena pravděpodobnost vzniku šedého zákalu oční čočky nebo zhoubného nádorového děje ve vyšetřené oblasti.

Technické podmínky každého RTG (tedy i CT) vyšetření jsou nastaveny tak, aby ozáření bylo co nejmenší (optimalizace dávky). Detailnější informace lze najít na webu Státního úřadu pro jadernou bezpečnost (SÚJB) – <http://www.sujb.cz/radiacni-ochrana/oznameni-a-informace/pouzivani-rentgenu-lekarske-ozareni/>

V případě podezření na komplikaci v pracovní době kontaktujte lékaře na nejbližší spádové lékařské pohotovosti. V pracovní době kontaktujte prosím lékaře na telefonu +420495832835. V mimopracovní době pak ambulanci Neurologické kliniky FN HK (tel. +420495835364).

Souhlasím s navrhaným postupem léčby (po přečtení poučení str. 2).

POUČENÍ – ČTĚTE POZORNĚ!!!

Úvod	Léčba bolesti ozonoterapií je relativně novou metodou, avšak s již jednoznačně prokázaným terapeutickým efektem. Lze očekávat příznivý efekt zhruba u 60 % pacientů. Tento obvykle nastupuje brzy po zákroku a měl by trvat zhruba měsíce, někdy až roky. Zákrok je možné zopakovat, nejdříve však po 3 měsících.
Princip metody	Jedná se o minimálně invazivní metodu, při které jsou pomocí aplikace standardizované koncentrace směsi ozonu s kyslíkem potlačeny bolestivé projevy, především na principu ovlivnění metabolismu buněk a silného protizánětlivého účinku. Tato metoda je navigována pomocí RTG záření – to znamená pomocí vyšetření výpočetní tomografií či pomocí skiaskopie. Tato RTG navigace umožňuje zacílit a ověřit polohu jehly a vede k zabránění komplikací souvisejících se špatnou polohou.



POUČENÍ – ČTĚTE POZORNĚ!!!

Požadavky na pacienta	<p>Před výkonem: Nahlaste nám případné <u>těhotenství</u>, <u>alergie!!!</u> a eventuální <u>další onemocnění</u>. Většina výkonů se provádí v poloze na břiše. Po místní desinfekci kůže bude pod RTG kontrolou provedeno zavedení jehly do cílové oblasti. Následuje aplikace ozonové směsi.</p> <p>Během výkonu nás prosím informujte o jakémkoliv změně vašeho zdravotního stavu – bolest, pocit tlaku, pálení, brnění a podobně. Ošetřující lékař nebo sestra Vás budou během výkonu přesně informovat.</p> <p>Po výkonu: Je nutné vyčkat 20 minut v čekárně, pro dobrou distribuci směsi ozonu. O svém odchodu po uplynutí této doby informujte sestru. U svého ošetřujícího lékaře se budete hlásit dle předchozího objednání. Po výkonu nesmíte řídit 24 hodin motorová vozidla, proto byl po Vás vyžadován doprovod, který Vás po výkonu odveze.</p>
Komplikace při vpichu jehly	<p>Se vyskytují v minimální míře (méně než 1% výkonů), přesto si Vás dovolujeme na některé upozornit. Lze je rozdělit na klinicky významné a nevýznamné:</p> <p>Klinicky významné (pod 1%) Pneumotorax (kolaps plicí) Alergická reakce – tuto nemůžeme předvídat, proto nás o případných alergiích informujte před výkonem Významné krvácení Ochrnutí končetiny – při přímém napíchnutí nervu Zanesení infekce do oblasti páteře U mužů při lumbální sympatektomii porucha erekce.</p> <p>Klinicky nevýznamné (do 5%) Drobné krvácení Výraznější bolesti v místě vpichu</p>
Komplikace z aplikace směsi plynu	<p>Jsou relativně málo časté a rychle odeznívají česneková pachůť v ústech, mravenčení kolem úst, mdloba (velmi vzácně)</p>
Alternativy léčby	<p>Konzervativní přístup - budeme pokračovat v dosavadní léčbě.</p> <p>Radiofrekvenční ošetření kořene nebo intervertebrálních kloubů – minimálně invazivní výkon, působením střídavého elektrického proudu (v minimální intenzitě) je zabráněno vedení bolesti nervem</p> <p>Periradikulární terapie kořene nebo intervertebrálních kloubů – představuje aplikaci směsi léků tlumících bolest (marcain) a snižujících zánětlivou reakci organismu (diprophos) přímo jehlou k postiženému míšnímu kořenu pod RTG kontrolou. Riziko komplikací je mírně vyšší oproti RFA (možnost alergické reakce, riziko poškození zdraví je také pod 1%).</p> <p>Chirurgická léčba (operace) – odesílající lékař již zvážil indikaci operace a shledal, že tento zákrok je pro Vás vhodnější.</p> <p>Tyto způsoby léčby již byly zváženy Vaším ošetřujícím lékařem a nejsou pro vás vhodné.</p>

Zákrok mi byl dostatečně vysvětlený v celé šíři, všemu rozumím a beru na vědomí. Mohl jsem se zeptat i na alternativy možné léčby a případné komplikace.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne v hod.

Podpis pacienta

Jmenovka a podpis lékaře/řky

Souhlas a podpis zákonného zástupce