

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 ozónoterapii. 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.

Priezvisko a meno:..... Dátum narodenia:.....

Telefónne číslo:..... Email:.....

Navrhovaný / plánovaný diagnosticko-liečebný výkon: **Periradikulárna terapia pod CT kontrolou (PRT), facetová blokáda (FB)**

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

Trpíte sennou nádchou, precitlivosťou na potraviny, lieky, anestetiká, kontrastné látky?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak ÁNO, uveďte ktoré: .....		
Ste alergický/á na anestetikum Marcain (bupivacain) alebo na liečivo Diprophos (betametazón)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Trpíte ochorením štítnej žľazy? (zvýšená činnosť?)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak ÁNO, uveďte, aký liek užívate: .....		
Ste tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte momentálne menštruáciu alebo ste tesne pred alebo po menštruácii?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Liečite sa na srdce?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak ÁNO, uveďte bližšie, na aké ochorenie srdca sa liečite: .....		
Trpíte pomalým rytmom srdca, bradykardiou alebo máte AV blokádu?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Liečite sa na vredovú chorobu žalúdka alebo dvanástnika?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Máte ťažkú osteoporózu kostí?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Trpíte ochorením svalov?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Trpíte dlhodobo infekciou alebo ste boli nedávno očkovaný/á? Dátum očkovania.....	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Liečite sa na herpes simplex alebo zoster?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Udeľujete súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely poskytnutia výsledkov vyšetrenia Vášmu ošetrojúcemu lekárovi, ktorý nezažadal požiadavku na vyšetrenie, na základe jeho vyžiadania?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

Súhlas nie ste povinný udeliť. Bez Vášho súhlasu však, nebude možné napr. poskytnúť výsledky Vášho vyšetrenia, Vášmu ďalšiemu ošetrojúcemu lekárovi

**Svojim podpisom potvrdzujem**, že lekárovi, ktorý ma poučil a oboznámil s liečebným postupom, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil/a žiadne vážnejšie ochorenia, alergie a nezatajila tehotenstvo. Bol/a som 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.

V prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov:

.....  
.....

<b>Bol(a) som poučený(á) o povahe vyšetrenia.</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÚHLASÍM s vyšetrením</b>
---	---

Podpis: ..... (vzťah k pacientovi: ..... ) Dátum: .....