

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Radiosynoviortéza (RSO) – radiační synovektomie

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována radiosynoviortéza.

Co je radiosynoviortéza (radiační synovektomie):

Jedná se o aplikaci radioaktivní látky do příslušného kloubu (nejčastěji se jedná o kolenní klouby, ale také může jít o klouby ramenní, loketní, kyčelní a drobnější klouby rukou a nohou) za účelem potlačení zánětlivých změn v kloubní výstelce, což má za následek potlačení bolestí a omezení tvorby výpotku (event. krvácení) v kloubu. Tímto léčebným výkonem nedojde k ovlivnění projevů onemocnění v ostatních kloubech.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Výkon na naší klinice ordinuje Váš ošetřující lékař (revmatolog, ortoped, ...), který zná typ Vašeho onemocnění a dokáže kvalifikovaně posoudit jeho přínos ve Vaší léčbě. RSO bývá indikována v případě malé účinnosti obvyklých nitrokloubních aplikací protizánětlivých a anestetických medikamentů a při nutnosti častých punkcí kloubů.

Alternativy výkonu:

Alternativou je operační řešení – chirurgické odstranění kloubní výstelky (chirurgická synovektomie), v krajním případě pak jsou to kloubní náhrady. K chirurgickému řešení se zpravidla přistupuje až po vyčerpání ostatních (méně invazivních) metod.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Pacient je před výkonem vyšetřen svým ortopedem nebo revmatologem. U potenciálně těhotných žen je nutné vyloučit graviditu. Pacienti, kteří užívají Warfarin, musí být převedeni na injekční terapii nízkomolekulárními hepariny. Pacienti s velkou Bakerovou cystou s tenzní náplní, tj. rychle se plnící po punkci a dále s mnoholaločnatými cystami, nejsou vhodné k aplikaci yttria.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vlastní výkon se provádí za hospitalizace na naší lůžkové jednotce. V poloze vleže za sterilních podmínek – tedy při opatřeních, které zamezují vniknutí infekce do kloubu – se provede vpich sterilní jehlou do nitra kloubu. V případě, že je v něm větší množství výpotku (tekutiny), provede se jeho odsátí. Pak se vstříkne do kloubu předem přesně změřené množství radioaktivního léčebného roztoku v objemu zhruba 1 ml.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní bezrizikovitost nelze nikdy zajistit.

Nejčastější komplikace jsou:

- subfebrilie (zvýšená tělesná teplota),
- krvácení v místě vpichu (bývá jen minimální a je lehce stavitelné místně),
- zánětlivá reakce v kloubu během prvních 1-2 dnů po výkonu – kloub může otéci, může být teplý a bolet – tyto příznaky jsou přechodné a dobře zvládnutelné například studeným obkladem, protizánětlivými léky, v případě většího otoku se provádí odsátí výpotku,
- radiační riziko vyplývající z aplikace radioaktivní látky je srovnatelné s rizikem, které je spojeno s řadou diagnostických a léčebných postupů v radiologii a nukleární medicíně,
- riziko poškození nebo odumření tkáně (radiační nekróza) vně kloubního pouzdra,
- prasknutí Bakerovy cysty – vzácně.

Výskyt komplikací včetně snížení radiační zátěže se snižuje opatřeními po výkonu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po výkonu kloub znehybňujeme elastickým obvazem na dobu 72 hodin, což je doporučovaná minimální doba hospitalizace. Pokud se jedná o klouby dolních končetin, pacient po tuto dobu nesmí chodit s výjimkou toalety, kterou má přímo na svém pokoji. Po propuštění z nemocnice se doporučuje další týden kloub šetřit, nejlépe pokračováním v pracovní neschopnosti. Po týdnu se doporučuje kontrola u ošetřujícího lékaře s propouštěcí zprávou z hospitalizace.

Pokud jste plně neporozuměli textu, požádejte svého lékaře o doplňující nebo vysvětlující informace.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Radiosynoviortéza (RSO) – radiační synovektomie
--

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka