

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 projevu 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 léky proti srážení krve je musí vysadit. Eliquis, Xarelto, Pradexa se vysazují 24 hodin před punkcí. Pacienti užívající 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 vhodní k aplikaci yttria.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vlastní výkon se provádí v aplikační místnosti lůžkové jednotky Kliniky nukleární medicíny. 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:

- 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 studeným obkladem, protizánětlivými léky, v případě většího otoku se provádí opětovná punkce kloubu a odsátí výpotku,
- subfebrilie (zvýšená tělesná teplota),
- modřina v místě vpichu,
- riziko poškození nebo odumření tkáně (radiační nekróza) vně kloubního pouzdra – vzácně,
- prasknutí Bakerovy cysty – vzácně.

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.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po výkonu kloub znehybňujeme elastickým obvazem na dobu 72 hodin. Pokud se jedná o klouby dolních končetin, pacient po tuto dobu nesmí chodit (s výjimkou použití toalety).

Při odchodu z nemocnice se doporučuje další týden kloub šetřit, nejlépe pokračováním v pracovní neschopnosti. Po týdnu se doporučuje kontrola u ošetřujícího lékaře. Během této doby (7 dnů od příchodu z nemocnice) se doporučuje vzhledem k charakteru aplikované látky se vyhnout delšímu těsnému kontaktu s malými dětmi a těhotnými ženami. U žen v reprodukčním věku se doporučuje používat antikoncepci po dobu 4 měsíců po léčbě.

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:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

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.

Souhlasím s aplikací ionizujícího záření – radiofarmakum: ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

Jste těhotná? ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

Kojíte? ¹⁾

☐ ANO

☐ NE

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

1) zaškrtněte odpovídající políčko