

CT Prešov s.r.o., Hollého 14, 081 81 Prešov Tel.: +421 51 775 4146, +421 918 888 183 E-mail: info@ctpresov.sk, Web: www.ctpresov.sk

**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.

Prosíme Vás, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte predtým, než Vás začneme vyšetrovať.

VYPLNÍ LEKÁR:

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

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby, bola(i) stanovená(é) diagnóza(y) (prípadne sa uvedie aj predoperačná diagnóza)

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

### **Periradikulárna terapia pod CT kontrolou (PRT), facetová blokáda (FB)**

VYPLNÍ PACIENT:

**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 dlhodobou 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

**Svojím 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.

*V prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov:*

.....  
.....

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a 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.

**Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom (výkonom PRT alebo FB)**

**SÚHLASÍM - NESÚHLASÍM**

V Prešove dňa: .....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky  
vyšetrujúceho rádiológa

.....  
**podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť**  
(prípadne jej zákonného zástupcu)

Výkon odsúhlasil:

**MUDr. Ivana Haková**  
primárka CT pracoviska