

Perimyelografické (periradikulografické) vyšetření

Poj.:

Strana 1 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážený a milý paciente,

po zhodnocení Vašeho zdravotního stavu Vám byl lékařem doporučen speciální lékařský výkon, tzv. perimyelografické (periradikulografické) vyšetření. Cílem doporučeného výkonu je vyšetření páteřního kanálu s posouzením možnosti jeho chorobných změn. K provedení tohoto výkonu je zapotřebí Váš souhlas.

Důvod vyšetření

Jedná se o speciální rentgenologické vyšetření páteře po vpravení jodové kontrastní látky lumbální jehlou do páteřního kanálu. Cílem je zobrazení prostoru kolem míchy v krčním a hrudním úseku (perimyelografie) a kolem míšních kořenů v bederním úseku (periradikulografie) a posouzení přítomnosti případných chorobných změn.

Příprava

Vyšetření nelze provést při zvýšení nitrolebního tlaku, poruše krevní srážlivosti, zánětu kůže nebo jiných tkání v místě předpokládaného vpichu a v těhotenství. Proto je před zákrokem nezbytné vyšetření očního pozadí (v nejasných případech i CT vyšetření mozku) k vyloučení možnosti zvýšeného nitrolebního tlaku a vyšetření krve ke zjištění parametrů krevní srážlivosti.

K minimalizaci rizika výkonu je z Vaší strany naprosto nezbytné informovat lékaře o možném těhotenství, případné alergii (např. na jod, náplast, ale i jiné látky), zvýšené krvácivosti nebo o užívání léků, ovlivňujících krevní srážlivost a sklonu ke kolapsu- mdlobám.

Podstata, účel a povaha vyšetření

Vlastní vyšetření se provádí ve vyšetřovně radiodiagnostického oddělení naší nemocnice. Nejprve je provedena tzv. lumbální punkce. V poloze vleže na okraji vyšetřovacího stolu (A), kdy pacient maximálně vyhrbí záda (tzv. kočičí hřbet) a skloní hlavu, nebo v poloze vleže na boku s koleny maximálně přitaženými k břichu (B) je mezi trnovými výběžky obratlů v místě, kam již nezasahuje mícha, zavedena do páteřního kanálu speciální jehla. Po odebrání vzorku mozkomíšního moku v množství 2 až 10 ml se jehlou do páteřního kanálu vpravuje jodová kontrastní látka v dávce 8 až 15 ml. Po vyjmutí lumbální jehly se provádí vlastní rentgenologické vyšetření. Snímkování páteře v určitých projekcích vleže, případně i ve stoje, provádí zkušený lékař radiodiagnostického oddělení, který bude k docílení Vaší polohy, nutné pro přesné snímkování, vyžadovat Vaši spolupráci.

Ve většině případů se perimyelografické (periradikulografické) vyšetření s několikahodinovým odstupem doplňuje CT vyšetřením příslušné oblasti páteře (takzvaným myeloCT vyšetřením).

viz obr. 1

Výhody a možné komplikace

Komplikace perimyelografie jsou poměrně vzácné. Nejčastěji se může vyskytnout nevolnost až kolaps pacienta s krátkodobou ztrátou vědomí, toto však nesouvisí přímo s vlastním vyšetřením, ale jedná se spíše o záležitost podmíněnou psychickými faktory a obavami z vyšetření. Během vyšetření a krátce po něm může dojít k výskytu

Perimyelografické (periradikulografické) vyšetření

Poj.:

Strana 2 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

přechodné bolesti v zádech nebo v dolní končetině nebo i k přechodnému zhoršení bolestí, které pacienta k vyšetření přivádějí. Po vyšetření se mohou objevit bolesti hlavy, způsobené nejčastěji prosakováním mozkomíšního moku nezaceleným otvorem po lumbální jehle. Vyjimečně by bolest hlavy mohl vyvolat průnik kontrastní látky páteřním kanálem až do úrovně lebky - k zabránění této komplikace by měl pacient po vyšetření setrvat nejméně 8 hodin v polosedě. Zcela výjimečné jsou závažné komplikace: významnější krvácení do páteřního kanálu, infekční komplikace (bakteriální meningitida), poškození periferních nervů či míchy, závažnější alergické reakce na kontrastní látku nebo použitou dezinfekci, zlomení lumbální jehly s nutností jejího chirurgického odstranění. Během vyšetření je pacient vystaven působení rentgenového záření. Rizika s tím spojená jsou sice minimální, přesto je třeba na ně myslet a snahou je vždy omezit radiační zátěž na minimum.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu, jaká jsou možná omezení v obvyklém způsobu života v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti:

Po vyšetření je nutný 8 až 24 hodinový klid na lůžku se zvýšenou polohou horní poloviny těla a dostatečný příjem tekutin.

Alternativy zdravotního výkonu

V mnoha případech poskytují stejnou nebo i větší diagnostickou informaci i méně zatěžující vyšetřovací metody (počítačová tomografie a magnetická rezonance). Perimyelografie by měla být tedy prováděna jen tehdy, pokud uvedené metody neposkytují dostatečné informace pro rozhodnutí o dalším léčebném nebo diagnostickém postupu nebo pokud tyto metody nelze provést (např. magnetickou rezonanci nesmí být vyšetřováni pacienti s kardiostimulátorem), případně pokud jsou jejich možnosti omezeny (např. u přítomnosti kovového materiálu ve vyšetřované oblasti). Myelografické vyšetření samozřejmě můžete odmítnout, v některých případech jej však nelze jinou metodou nahradit a toto vyšetření může být nezbytné pro zvážení dalšího léčebného postupu.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Perimyelografické (periradikulografické) vyšetření

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

Perimyelografické (periradikulografické) vyšetření

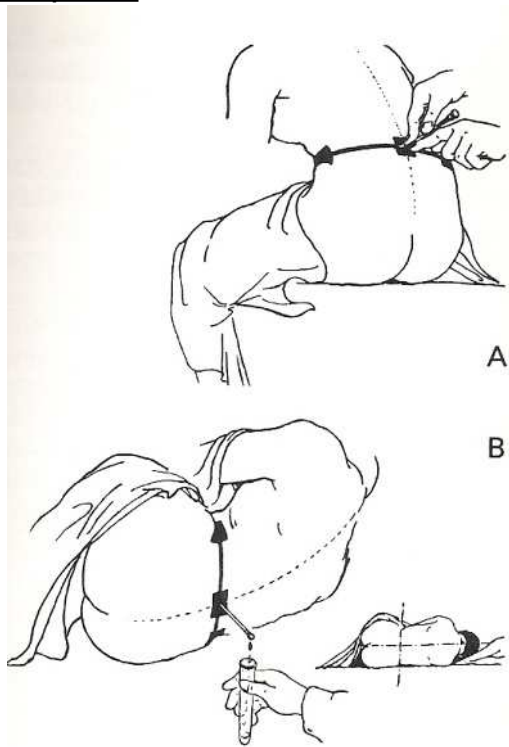
Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Obrazová příloha



Obr. 1