

Pisana obavijest o facet blokadi

U skladu sa člancima 6, 8, 9 i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, NN 37/08), članku 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), članka 19. Zakona o liječništvu (NN 121/03, NN 117/08), Pravilnika o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08) te Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove-Prilog V. Prava pacijenata – Pristanak/odbijanje obaviještenog pacijenta (NN 31/11), liječnik specijalist _____ obavijestio je mene, _____

(ime i prezime specijalista)

(ime i prezime pacijenta, datum rođenja)

o dijagnostičkom odnosno terapijskom postupku te da postoje određeni rizici i moguće komplikacije koji mogu nastati tijekom i nakon izvođenja istog

Naziv i opis postupka: Facet blokada To je diferencijalno-dijagnostička metoda kojom se dokazuje ili isključuje disfunkcija facetnog zgloba, a i terapijska intervencija, jer dovodi do ublažavanja ili gubitka simptoma i poboljšanja funkcije facetnih zglobova, a time i kralježnice. Pacijent se nalazi u ležećem položaju (na trbuhu). Nakon pranja i pokrivanja intervencijskog polja pod kontrolom rendgena označi se projekcija traženog zigapofizealnog zgloba. Inicijalno se anestezira put igle prema zglobu lokalnim anestetikom. Pod kontrolom rendgena, usmjeri se igla od 25 G prema izlazištima senzibilnih medijalnih grana faceta, ili subskapularno u zglob. Injicira se kontrastna otopina, provjeri se na RTG-u lokacija kontrasta, te ako je optimalan smještaj kontrasta, injicira se lokalni anestetik i kortikosteroid. Gaza, flaster. Pacijenta premjestimo na odjel.	
Dobrobiti : dokaz postojanja disfunkcije zigapofizealnog zgloba, ublažavanje ili gubitak bolova i poboljšanje funkcije kralježnice	
Rizici : Alergijske reakcije od iniciranih supstanci. Krvarenje i infekcija u regiji manipulacije iglom.	
Zamjenski postupci : Manualna terapija, kineziterapija (fleksijske vježbe) i radiofrekventna (ili laserom) denervacija.	
Potpis i faksimil odgovornog doktora medicine za obavljanje postupka :	Datum:

Izjava pacijenta

Svojim potpisom potvrđujem da sam detaljno upoznat/a s koristima i rizicima postupka, s drugim dijagnostičkim odnosno terapijskim mogućnostima, da sam razumio/la pročitano te da sam mogao/la postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. Istim potpisom potvrđujem da shvaćam i prihvaćam da, ukoliko se u tijeku visokorizičnog postupka (operativnog zahvata odnosno ostalih invazivnih postupaka) ukažu novi neočekivani momenti, isti mogu tijekom zahvata promijeniti i zahvat može završiti na način različit od ranije mi objašnjenog, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum: _____

Potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika : _____