

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Informationen zur periradikulären Therapie (PRT)

PRT- was ist das?

Die periradikuläre Infiltrationstherapie ist eine lokale Behandlung gereizter Nervenwurzeln mit einem Lokalwirksamen Schmerzmedikament und einem Kortikosteroid. Das Kortikosteroid führt zum Anschwellen des gereizten Nerven.

Wie erfolgt die PRT?

Der Patient liegt in Bauchlage. Da die Therapie ca. 10 Minuten dauert, sollten Sie eine möglichst bequeme Lage einnehmen.

Nach Markierung des Einstichpunktes erfolgt eine oberflächliche Desinfektion. Es wird eine Feinnadel an die betroffene Nervenwurzel geführt. Die Kontrolle der korrekten Nadellage erfolgt mittels Computertomografie. Ist die korrekte Lage der Nadel überprüft, kann das Gemisch aus einem Lokalanästhetikum und dem Depotkortikosteroid die betroffene Nervenwurzel „umspülen“.

Welche Risiken hat die PRT?

Jede Form der Therapie ist mit Risiken verbunden. **Folgende Risiken lassen sich trotz sorgfältiger Vorgehensweise nicht vollständig ausschließen:**

- Auch bei Verwendung einer Feinnadel können kleine Gefäße verletzt werden und sich Hämatome bilden.
 - Eine Infektion durch Einschleppen von Keimen ist möglich, durch „steriles Arbeiten“ jedoch weitgehend vermeidbar.
 - Das im Medikamentengemisch enthaltene Kortikosteroid kann zu einer Beeinträchtigung des Zuckerstoffwechsels führen. Diabetiker müssen dies unbedingt beachten.
 - Die Gabe der Medikamente kann in einigen Fällen zu Kreislaufreaktionen, Schwindel einschließlich Schock führen. Allergien sind möglich.
 - Trotz Kontrolle der Nadellage mittels CT ist die Verletzung wichtiger Strukturen möglich.
 - Da das Medikamentengemisch unmittelbar neben der Nervenwurzel injiziert wird, kann es zu einer Schwäche der betroffenen Muskeln kommen. Bei Behandlung im Bereich der Lendenwirbelsäule ist dann eine Gangunsicherheit möglich. Aus diesem Grund besteht im Anschluß an die Therapie **für 6 Stunden eine Fahruntauglichkeit**. Bei Therapie im Bereich der Halswirbelsäule ist im ungünstigsten Fall eine Atemlähmung möglich.
-

Für die Durchführung der Therapie und um mögliche Risiken zu erkennen, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Wurde bereits eine PRT bei Ihnen durchgeführt? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Störung des Zuckerstoffwechsels (Diabetes mellitus)? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Störung der Blutgerinnung (erhöhte Blutungsneigung)? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Haben sie Magen-Darm-Geschwüre? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Besteht eine Störung der Nebennierenfunktion? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
-

Einverständniserklärung

Mit der Durchführung der periradikulären Therapie bin ich einverstanden. Ich habe diesbezüglich keine weiteren Fragen.

Rüdersdorf, den _____ Unterschrift _____

Diese Seite wird vom Arzt ausgefüllt!

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anamnese:

Art der Beschwerden?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Ausstrahlung in welches Segment?

Dokumentation des Therapieeffektes:
