

OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

VÝMĚNA TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU informovaný souhlas

Štítek s údaji o pacientovi, jméno, příjmení a datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



➤ **Vážený paciente, vážená pacientko.**

Z důvodů postupného vybití bateriového zdroje je u Vás plánována výměna trvalého kardiostimulátoru. Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody a s jejími běžnými riziky a následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

➤ **Proč je tento zákrok nutný?**

Účelem tohoto zdravotního výkonu je provést výměnu vybité baterie kardiostimulátoru. Vzhledem ke skutečnosti, že baterie zaujímá 80% objemu kardiostimulátoru, mění se vždy kardiostimulátor celý.

Alternativa: jiná rovnocenná možnost v léčbě ve Vašem případě není.

➤ **Průběh výkonu**

V místním znecitlivění bude proveden řez nad původním kardiostimulátorem. Kardiostimulátor se vyjme a odpojí od elektrod. Elektrody se zkontrolují a elektricky změří. Pokud budou mít bezvadnou funkci, připojí se kardiostimulátor nový, vloží se zpět do rány a ta se chirurgicky uzavře. Pokud nebude během výkonu zjištěno porušení stimulační soustavy jedná se o výkon ambulantní.

Pokud bude během výkonu zjištěno porušení stimulační soustavy je nutné další řešení (např. implantace nové elektrody atd.), o kterém Vás bude lékař během výkonu informovat. V tom případě může být nutná krátká hospitalizace.

➤ **Možná rizika a komplikace**

Se týkají především případu, kdy by bylo nutné řešit porušení stimulační soustavy. Prostá výměna kardiostimulátoru je výkon méně komplikovaný.

● **vyšetření je prováděno pod RTG kontrolou**, dávka záření je monitorována a zaznamenávána. Těhotenství je proto relativní kontraindikací (překážkou) výkonu. Na možné těhotenství je pacientka povinna upozornit před výkonem.

● v místě (vpichu) punkce cévy – krvácení do okolí (hematom), poškození nebo uzavěr cévy

- pneumothorax (tj. poranění plicí s vniknutím vzduchu do pohrudniční dutiny, což může vést až k úplnému zkolabování jedné plicí a může vyžadovat zavedení drenu a až několikadenní odsávání vzduchu pumpou).

- poranění nervů – jen velmi vzácně.

- vznik krevní sraženiny v žíle – je rovněž velmi vzácný a léčí se léky působícími proti srážení krve.

- infekce elektrody – jedná se o vzácný jev a většinou je důvodem k odstranění.

- přecitlivělost/alergie na znečitlivující nebo kontrastní látku / je-li použita/.

- úmrtí v důsledku oběhové komplikace nebo srdečního selhání v souvislosti s implantací.

Uvedené komplikace nejsou úplným výčtem, vzácně může dojít i ke komplikacím jiným.

Bylo mi vysvětleno, že přínos uvedené léčby velmi významně převyšuje riziko případných komplikací.

➤ Na co je třeba dbát?

V den výkonu je zákaz řízení motorových vozidel

Po výkonu:

Po určenou dobu po výkonu je třeba dodržet relativní klid a tělesné šetření – poloklidový režim do vyjmutí stehů.

Po výměně kardiostimulátoru stav vyžaduje šetření horní končetiny po dobu 4-6 týdnů.

Ostatní omezení ve způsobu života jsou shodná s těmi, které jste dodržoval s původním kardiostimulátorem.

➤ Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.

Souhlas s výkonem

Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/, tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň

stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/zák. zástupce pacienta:

.....

Datum a čas:.....

Prohlašuji, že jsem pacienta (zákonného zástupce) osobně informoval, poučil a podal náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas

Podpis a razítko lékaře/datum a čas:
