

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



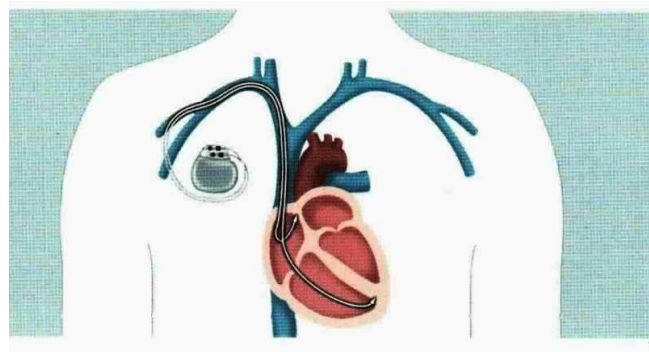
Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

ZAVEDENÍ 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 důvodu poruchy srdečního rytmu je u Vás plánováno zavedení 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.

➤ **Účelem tohoto zdravotního výkonu**

je léčba poruch srdečního rytmu – významného zpomalení, případně vymizení tvorby nebo vedení vlastních srdečních vzruchů (tj. bradyarytmie). V současné době neexistuje jiná možnost léčení těchto srdečních poruch.

➤ **Průběh zdravotního výkonu**

V místním znecitlivění bude proveden řez kůže pod klíční kostí na levé nebo pravé straně. Poté bude do žilního systému zavedena jedna nebo více elektrod (podle typu arytmie). Elektrody jsou do srdce zaváděny pod rentgenovou kontrolou. Jedna elektroda bývá zavedena do pravé komory a druhá do pravé síně.

Po zavedení elektrod a změření jejich elektrických parametrů se k nim připojí

kardiostimulátor a uloží se do předtím vytvořené podkožní kapsy. Rána se zašije a zakryje sterilním obvazem. Tím je výkon ukončen.

➤ **Možná rizika a komplikace**

- **vyšetření je prováděno pod RTG kontrolou**, dávka RTG záření je monitorována a zaznamenána. Těhotenství je z tohoto důvodu relativní kontraindikací výkonu, u žen v reprodukčním období je podmínkou negativní těhotenský test. Na možné těhotenství je pacientka povinna upozornit před výkonem
- **v místě punkce cévy** – krvácení do okolí (hematom), poškození nebo uzávěr cévy
- **v místě operační rány** – krvácení (které může vyžadovat chirurgickou revizi), infekce
- **pneumotorax** (tj. poranění plicí s vniknutím vzduchu do pohrudniční dutiny, což může vést k úplnému zkolabování jedné

plice a může vyžadovat zavedení drenu a až několikadenní odsávání vzduchu pumpou)

- **poranění srdeční stěny** s krvácením do osrdečníku, což může vyžadovat zavedení drenu a případně i kardiokirurgický výkon (uzavření otvoru ve stěně srdce)
 - **embolie plicní** (vniknutí krevní sraženiny do plicní tepny) nebo jiná oběhová komplikace (srdeční selhání, snížení krevního tlaku)
 - **přecitlivělost na znečítlivující nebo kontrastní látku** (pokud bude použita)
 - **úmrtí** v důsledku oběhové komplikace nebo srdečního selhání v souvislosti s implantací
- Uvedené komplikace nejsou úplným výčtem, vzácně může dojít k jiným komplikacím.

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

➤ **Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti**

Beru na vědomí, že po provedení zdravotnického výkonu:

*Po určenou dobu po výkonu je třeba dodržet klid na lůžku.

*Po implantaci kardiostimulátoru bude stav vyžadovat šetření horní končetiny (na straně kde je přístroj po dobu 4-6 týdnů)

*Po implantaci je třeba vyloučit především kontakt se silným elektromagnetickým polem, aby nedošlo k poruše funkce implantovaného systému či k zhoršení zdravotního stavu v důsledku tzv. elektromagnetické interference

např.: *zákaz sváření elektrickým proudem,

*práce v elektrorozvodnách,

*zákaz magnetoterapie

*zákaz rehabilitačních procedur s elektrickým proudem,

*zákaz používání indukčních sporáků

➤ **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:

.....