

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s výměnou kardioverteru-defibrilátoru**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Výměna kardioverteru-defibrilátoru

Účel výkonu

Kardioverter-defibrilátor je přístroj, jehož hlavní funkcí je zrušení závažných poruch srdečního rytmu pomocí elektrických impulsů nebo elektrickým výbojem o malé energii. V případě rychlých poruch srdečního rytmu kardioverter-defibrilátor automaticky zruší tyto poruchy vysláním série elektrických impulsů do srdce. V případě tzv. fibrilace komor (kterou si můžete představit jako určitou křeč srdečního svalu), zruší kardioverter-defibrilátor tuto poruchu silnějším elektrickým výbojem, který můžete vnímat jako krátkou vteřinovou bolest v oblasti srdce. Funkčnost kardioverteru -defibrilátoru je omezená životností jeho baterie. Po zhodnocení všech informací jsme se Vám rozhodli kardioverter-defibrilátor vyměnit.

Povaha výkonu

Výměna kardioverteru-defibrilátoru se provádí následovně:

A: v místním znecitlivění se provede otevření kapsy a na elektrody, které již máte implantovány, se připojí nový kardioverter-defibrilátor s následným uzavřením kapsy.

B: v případě nutnosti (nebo toho, aby mohl být implantován pro Vás nejvhodnější typ kardioverteru-defibrilátoru) se žilní cestou (na našem pracovišti většinou pomocí napíchnutí podklíčkové žíly) zavedou jedna, dvě nebo tři nové elektrody. V případě potřeby se zavede jedna nová defibrilační elektroda do oblasti hrotu pravé srdeční komory, druhá elektroda pro stimulaci srdce do oblasti pravé srdeční předsíně a případně třetí elektroda pro stimulaci srdce do oblasti žilního systému levé srdeční komory. Následně se připojí nově zavedené elektrody ke kardioverteru-defibrilátoru a kapsa se uzavře. Bezprostředně po voperování kardioverteru-defibrilátoru je nutné vyzkoušet jeho funkci. Při tomto testu se uměle vyvolá tzv. maligní (zhoubná) arytmie - fibrilace komor, kterou musí přístroj správně poznat a automaticky zrušit výbojem. V případě selhání přístroje se komorová fibrilace zruší zevním defibrilátorem a defibrilační elektroda se uloží na vhodnějším místě v srdci. Testování je bezbolestné, protože vyvolaná arytmie navodí zástavu oběhu, při které ztratíte na chvíli vědomí.

Předpokládaný prospěch výkonu

Kardioverter-defibrilátor by měl odstranit potíže, pro které Vám bylo doporučeno výkon podstoupit.

Alternativa výkonu

V současné době neexistuje srovnatelně bezpečný a efektivní léčebný postup.

Následky výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Všechny eventuální komplikace jsou vzácné a léčitelné.

Možná rizika zvoleného výkonu

Nejčastější možné komplikace jsou:

- proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny,
- proniknutí krve do pohrudniční nebo osrdečnickové dutiny,
- vznik krvácení v oblasti vpichu do žíly nebo v kapse kardiostimulátoru,
- proniknutí infekce do krve nebo do okolí kardiostimulátoru,
- v pozdějším období může dojít k poruše funkce stimulatoru, a to buď ze zevních příčin (například rušení stimulace elektr. spotřebiči) nebo z příčin vnitřních (např. porucha stimulatoru nebo stimulační elektrody)

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám prosím, následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, precitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
5. Jste těhotná?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Abychom místo implantace kardioverteru-defibrilátoru přizpůsobili co nejvíce Vaším potřebám, odpovězte prosím na následující otázku (zakroužkujte platnou odpověď):

Jsem: **pravák** **levák**

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina