

Informovaný souhlas pacienta s elektrickou externí kardioverzí

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

Název výkonu

Elektrická externí kardioverze

Účel výkonu

V případě vašeho onemocnění je třeba provést elektrickou externí kardioverzi za účelem zrušení běžící srdeční arytmie se snahou obnovit normální srdeční rytmus.

Povaha výkonu

Elektrická externí kardioverze je výkon, při kterém je zevním podáním elektrického výboje provedeno zrušení srdeční arytmie a nastolen normální (sinusový) srdeční rytmus. Výkon se provádí po minimálně 8 hodinovém lačnění (nemusí být u akutních výkonů), na monitorovaném lůžku při obnaženém hrudníku a vyjmuté zubní protéze (pokud je přítomna). Nutné je zajištění žilní kanyly k podávání léků. Lékař Vám nejprve podá žilní anestetikum k zajištění krátkodobé anestezie (uspání) na cca 5-15 minut, během kterých jsou bezbolestně podány 1-3 elektrické výboje přes elektrody defibrilátoru přiložené na Vašem hrudníku a tím je provedeno zrušení arytmie a provedena změna na normální srdeční rytmus. Po probuzení byste měl minimálně 2 hodiny ležet, budete nadále monitorován se sledováním tlaku krve, pulsu, dýchání, množství kyslíku v krvi, EKG a Vašeho vědomí. Po výkonu ještě 3 hodiny nejíst, nepít a nekouřit. 24 hodin po výkonu neřídít motorová vozidla a neprovádět právní úkony! Zákrok zabere 15-30 minut a může být proveden jak ambulantně, tak za hospitalizace.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zrušení srdeční arytmie a obnovení normálního srdečního rytmu.

Alternativa výkonu

Možnou alternativou je podání antiarytmik (léčiva mající vliv na srdeční rytmus) – tzv. farmakologická kardioverze.

V některých případech (některé typy srdečních arytmií s přiměřenou tepovou frekvencí) je možné elektrickou externí kardioverzi neprovádět a ponechat běžící srdeční arytmií.

Možná rizika zvoleného výkonu

Drobné popáleniny, způsobené elektrickým výbojem, které se jeví jako červené, mírně bolestivé místo – vždy preventivně ošetřujeme léčivou masťou.

- Nedostatečné okysličení krve (saturace), způsobené hlubokým spánkem.
- Zvracení, nevolnost jako možná reakce na podanou anestézii.
- Slabost, točení hlavy.
- Možnost vzniku nežádoucího srdečního rytmu (komorové fibrilace či komorové tachykardie).
- Možnost vzniku srdeční zástavy.
- Embolizace (vmetení) krevních sraženin, usazených v srdci při arytmií, do krevního oběhu a do orgánů (do mozku, věnčitých tepen, vnitřních orgánů, ruky, nohy).
- Neúspěch kardioverze s trváním srdeční arytmie i po provedeném výkonu.

Následky výkonu

Nejsou.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	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.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	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 zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE
V případě užívání léku ovlivňující krevní srážlivost (Pradaxa, Xarelto, Eliquis): Prohlašuji, že tento lék (Pradaxa, Xarelto nebo Eliquis) užívám pravidelně minimálně po dobu 3 týdnů před elektrickou kardioverzí a žádnou dávku jsem nevynechal(a).	ANO	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.	ANO	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:	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	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