



Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s katetrizační ablací typického flutteru síní

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

Katetrizační ablace typického flutteru síní (odstranění poruchy srdečního rytmu)

Účel výkonu

Katetrizační ablace se provádí za účelem odstranění konkrétního typu supraventrikulární tachykardie, nazývané jako typický flutter síní. Při této arytmií se elektrický vzruch opakovaně šíří po okruhu v pravé síni, většinou setrvale, dlouhodobě a rychlostí kolem 250-300/minutu. V určitém poměru se elektrická aktivita přes tzv. síňokomorový uzel ze síní šíří na komory. Důsledkem může být rychlé bušení srdce, dušnost, nevykonnost, zn. srdečního selhání. Rychlá aktivita v síních omezuje jejich mechanickou schopnost, a tak může vést i k tvorbě krevní sraženiny v levé síni, která by při jejím uvolnění mohla vést k embolizační příhodě, jako je např. cévní mozková příhoda.

Povaha výkonu

Cílem katetrizační ablace je zamezení kroužení elektrického vzruchu v pravé síni vytvořením blokády v místě, kterým musí tento vzruch projít. Cílí se oblast mezi ústím dolní duté žíly (nazývané též vena cava inferior) a trojcípou chlopní mezi pravou síní a pravou komorou (trikuspidální chlopeň). Tato oblast se nazývá kavotrikuspidální isthmus.

Vyšetření se provádí **bez celkové narkózy**. Po místním znecitlivění se zavádějí srdeční katetry vpichem do velkých žil v obou tříselech. Následně se katetry (mapovací, ablační a ultrazvukové) posouvají cévami až do srdečních dutin, kde se umístí na různých místech v kontaktu se srdeční stěnou, kde nám umožňují snímat speciálními elektrodami EKG přímo z ohraničených míst v srdci a také srdce stimulovat (elektrickými impulsy podněcovat k mechanickým stahům).

Při samotné katetrizační ablací se (většinou pod ultrazvukovou kontrolou) nejprve lokalizuje oblast kritická pro úspěšnou ablací (výše zmíněný kavotrikuspidální isthmus), a to pomocí zobrazení katetrů rentgenovým přístrojem (se zcela minimální dávkou záření) a případně ultrazvukem.

V cíleném místě se na koncovou elektrodu jednoho z katetrů přivádí tzv. **radiofrekvenční energie**, která se mění v energii tepelnou a zahřeje přilehlý ohraničený okresek srdeční tkáně o průměru asi 5 milimetrů. Tímto mechanismem se v dané oblasti vytvoří drobná jizva, která trvale znemožní vedení elektrických vzruchů v daném místě. Tuto aplikaci radiofrekvenčního proudu - tzv. "pálení" - pacient obvykle mírně nepříjemně cítí, proto se již předem preventivně podávají léky proti bolesti.

Předpokládaný prospěch výkonu

V případě úspěšné ablace je recidiva tohoto konkrétního typu arytmiie vyloučena. Šance na obnovení vedení v místě provedené ablace, a tak i recidivu arytmiie je nižší než 5 %. V případě recidivy lze zákrok opakovat.

Alternativa výkonu

Alternativou výkonu je užívání léků. Léky ale nemusí být (a většinou nejsou) účinné a potíže a výše uvedená rizika spojená s poruchou srdečního rytmu nemusí vždy plně odstranit. Některé léky mohou mít rovněž nezanedbatelné nežádoucí účinky.

Následky výkonu

Po výkonu je nutné ležet na zádech s nataženými dolními končetinami, a to po dobu 6-12 hodin. Následující den ráno bude z třísel z místa vpichu odstraněn steh. 7-10 dní po zákroku byste se měl/a šetřit stran fyzické aktivity. Týden se nedoporučuje řídit automobil.

Možná rizika zvoleného výkonu

- Poranění stěny srdce s krvácením do osrdečnicku a vznikem tzv. srdeční tamponády – toto riziko je výrazně nižší než 1 %. V případě srdeční tamponády je třeba zavést drén do osrdečnicku a krev vydrénovat. V případě většího krvácení může ale být nezbytná kardiochirurgická revize.
- Průnik drobných bublinek vzduchu do hadiček (sheathů) či ablačního katetru, které v krevním oběhu mohou mít podobné následky jako uvolněné krevní sraženiny. Tomuto stavu se předchází pečlivou kontrolou systému hadiček tak, aby do nich při podávání infúzí a injekcí vzduch nepronikl. Riziko je zcela minimální.

Mezi další možná rizika ablačního výkonu obecně rovně patří (riziko je zcela minimální):

- proniknutí krve do břišní, pohrudniční dutiny
- vznik krevní sraženiny v místě vpichu do žíly nebo tepny
- krvácení v místě vpichu do žíly nebo tepny
- proniknutí infekce do krve
- potřeba implantace kardiostimulátoru náhradou za vzniklou poruchu síňokomorového převodu v případě nutnosti ablace v místě síňokomorového převodu.

Všechny tyto komplikace jsou velmi vzácné a léčitelné. Riziko úmrtí při výkonu není stejně jako prakticky u jakéhokoliv operačního výkonu nulové, ale je extrémně vzácné.

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 lékařem zodpovězeny.	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, souhlasím s jejich provedením.	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 a 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