

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s výměnou kardiostimulátoru**

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 kardiostimulátoru****Účel výkonu**

Kardiostimulátor je přístroj, který pomocí elektrických impulsů vydávaných do srdce nahradí porušený vznik nebo vedení srdečních vzruchů a takto zabrání zpomalení srdečního rytmu. Některé typy kardiostimulátorů navíc napomáhají obnovit koordinaci stahování srdeční svaloviny a tím zlepšují výkonnost srdce. Funkčnost kardiostimulátoru je omezená životností jeho baterie. Po zhodnocení všech informací jsme se rozhodli Vám vyměnit kardiostimulátor.

**Povaha výkonu**

Výměna kardiostimulátoru se provádí v místním znecitlivění následovně:

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

**B:** v případě potřeby změny typu stimulace se do srdečních dutin (pravá předsíň, pravá komora, levá komora) zavedou žilní cestou (na našem pracovišti většinou pomocí napíchnutí podklíčkové žíly) další stimulační elektrody. Po nalezení parametrů, které se považují za přiměřené k zajištění účinné a bezpečné dlouhodobé srdeční stimulace, se tyto elektrody připojí k novému typu kardiostimulátoru, který se většinou ukládá do původní podkožní kapsy. Kapsa stimulatoru se následně uzavře stehy a náplastovými proužky.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Voperování kardiostimulátoru by mělo 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 elektrickými 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:

<b>Vzor vyplnění (zatržení):</b>	<b>Zakroužkujte správnou odpověď</b>	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------

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

Abychom místo implantace kardiostimulátoru 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.	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

<b>Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:</b>		
- 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 nezamítl(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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

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