

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s implantací monitoru srdečního rytmu**

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**Voperování implantabilního monitoru srdečního rytmu****Účel výkonu**

Implantabilní monitor srdečního rytmu (dále implantabilní monitor) je přístroj, určený k dlouhodobé monitoraci srdečního rytmu a diagnostice jeho poruch. K záznamníku dostanete patientskou jednotku určené k dálkové monitoraci. Po zhodnocení všech informací jsme se rozhodli Vám implantovat typ přístroje, který nejlépe diagnostikuje Vaše potíže.

Povaha výkonu

Implantace (voperování) implantabilního monitoru se provádí v místním znecitlivění. V případě potřeby lze nitrožilně podat léky k potlačení strachu a tišení bolesti. Po vytvoření podkožní (výjimečně podsvalové) kapsy v pectorální krajině, se do kapsy uloží a zafixuje vlastní monitor. Kapsa se následně uzavře stehy. Po výkonu je potřebný cca 2hod. klidový režim se zátěží nad kapsou implantabilního monitoru.

Následky výkonu

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

Předpokládaný prospěch výkonu

Voperování implantabilního monitoru by mělo pomoci diagnostikovat poruchy rytmu a tím napomoci odstranit potíže, pro které Vám bylo doporučeno výkon podstoupit.

Alternativa výkonu

Krátkodobá monitorace srdečního rytmu pomocí 24hod., 48hod., nebo 7-mi denního „EKG Holteru“.

Možná rizika zvoleného výkonu

Nejčastější možné komplikace jsou:

- proniknutí infekce do krve nebo do kapsy implantabilního monitoru
- vznik krvácení v kapse implantabilního monitoru

Zcela výjimečné komplikace jsou:

- proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny,
- proniknutí krve do pohrudniční dutiny
- proniknutí krve do osrdečnicku
- v pozdějším období může dojít k poruše funkce implantabilního monitoru a to buď ze zevních příčin (například rušení signálu elektrickými spotřebiči) nebo z příčin vnitřních (např. porucha implantabilního monitoru).

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

Vzor vyplnění (zatržení):	ANO	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 náchyllost 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)? Jestliže ano, kterým?	ANO	NE
5. Jste těhotná?	ANO	NE

Abychom místo implantace monitoru srdečního rytmu přizpůsobili co nejvíce Vašim 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

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 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