

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s implantací bezdrátového 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

**Implantace bezdrátového kardiostimulátoru – leadless kardiostimulátoru**

### Účel výkonu

Kardiostimulátor je přístroj, který pomocí elektrických impulsů vydávaných do srdce nahradí poruchu vzniku nebo vedení srdečních vzruchů a takto zabrání zpomalení či zástavě srdečního rytmu. Po zhodnocení všech informací jsme se rozhodli Vám implantovat typ kardiostimulátoru, který nejlépe odstraní Vaše potíže.

### Povaha výkonu

Zárok se provádí v místním znečítlivění, bez celkové narkózy. Při implantaci je punktována femorální žíla v třísle, zaveden dilatátor a přes něj je zaveden zaváděcí systém bezdrátového kardiostimulátoru do oblasti vústění dolní duté žíly do pravé síně. Následně je pomocí zaváděcího systému implantován do oblasti septa nebo hrotu pravé komory bezdrátový kardiostimulátor, kde je fixován pomocí čtyřech kotvících elementů (háčeků). Po změření stimulačních parametrů (snímané amplitudy a stimulačního prahu), je proveden test mechanické stability. Na závěr je kardiostimulátor uvolněný z fixace a zaváděcí katetr je z třísla vytažen. Místo punkce je uzavírané hlubokým kožním stehem. Po výkonu je nutné ležet na zádech s nataženými dolními končetinami po dobu 6-12 hodin, místo vpichu je na dobu 4hod. zatíženo kompresí. Následující den ráno bude z třísel z místa vpichu odstraněn steh. Standardní je propuštění domů druhý den po implantaci. Po dobu 7-10 dní po zákroku byste se měl/a šetřit stran fyzické aktivity. Týden se nedoporučuje řídit automobil.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Zavedením bezdrátového kardiostimulátoru by mělo dojít k odstranění potíží, pro které Vám bylo doporučeno výkon podstoupit.

### Alternativa výkonu

Implantace transvenózního kardiostimulátoru se zavedením stimulačních elektrod do srdečních dutin, podle typu implantovaného kardiostimulátoru (pravá síň, pravá komora, levá komora).

### 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:

- vznik krvácení nebo modřiny v oblasti vpichu do žíly v třísle, infekce v místě vpichu,
- poranění srdeční stěny, proniknutí krve do osrdečnickové dutiny (srdeční tamponáda) s nutností odsátí krve z osrdečnicku, event. nutnost kardiochirurgické revize, úmrtí,
- v pozdějším období může dojít k poruše funkce stimulatoru, nepříznivým změnám stimulačních parametrů (pokles snímané amplitudy, nárůst stimulačního prahu), uvolnění z místa implantace, předčasnému vybití baterie.

**Souhlas:****pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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:**

<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>