

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s implantací kardioverteru-defibrilátoru**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
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 kardioverteru-defibrilátoru****Účel výkonu**

Kardioverter-defibrilátor je přístroj, jehož hlavní funkcí je zrušení závažných poruch srdečního rytmu pomocí elektrických impulsů nebo elektrickým výbojem o malé energii. V případě rychlých poruch srdečního rytmu (komorová tachykardie/flutter) kardioverter-defibrilátor automaticky zruší tyto poruchy vysláním série elektrických impulsů do srdce. V případě tzv. fibrilace komor (kterou si můžete představit jako určitou křeč srdečního svalu), zruší kardioverter-defibrilátor tuto poruchu silnějším elektrickým výbojem, který můžete vnímat jako krátkou vteřinovou bolest v oblasti srdce. Po zhodnocení všech informací jsme se rozhodli Vám implantovat typ kardioverteru-defibrilátoru, který nejlépe odstraní Vaše potíže.

Povaha výkonu

Kardioverter-defibrilátor se skládá ze dvou částí. Jedna část - samotný kardioverter-defibrilátor - je uzavřen v kovovém pouzdře a vkládá se pod kůži nebo pod prsní sval pod klíční kostí. Druhou částí systému je efibilační elektroda. Jedná se o elektricky izolovanou pružinu, která se pod kontrolou rentgenu zavádí žilním systémem do oblasti hrotu/mezikomorové přepážky pravé srdeční komory. Její druhý konec je spojen s kardioverterem-defibrilátorem. V případě, že je u Vás současně přítomna porucha převodu srdečních vzruchů nebo závažná srdeční slabost, mohou být do srdce zavedeny ještě jedna nebo dvě další elektrody pro kardiostimulaci - do oblasti pravé srdeční předsíně a/nebo do oblasti boční stěny levé srdeční komory. To umožní nejvhodnější způsob stimulace. Bezprostředně po voperování kardioverteru-defibrilátoru je nutné vyzkoušet jeho funkci. Při tomto testu se uměle vyvolá tzv. maligní (zhoubná) arytmie - fibrilace komor, kterou musí přístroj správně poznat a automaticky zrušit výbojem. V případě selhání přístroje se komorová fibrilace zruší zevním defibrilátorem a defibilační elektroda se uloží na vhodnějším místě v srdci. Testování je bezbolestné, protože vyvolaná arytmie navodí zástavu oběhu, při které ztratíte na chvíli vědomí.

Předpokládaný prospěch výkonu

Kardioverter-defibrilátor by měl odstranit potíže, pro které Vám bylo doporučeno výkon podstoupit.

Následky výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovost nelze nikdy zcela zajistit. Všechny eventuální komplikace jsou vzácné a léčitelné.

Alternativa výkonu

V současné době neexistuje srovnatelně bezpečný a efektivní léčebný postup.

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:

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

Abychom místo implantace kardioverteru-defibrilátoru přizpůsobili co nejvíce Vaším potřebám, odpovězte prosím na následující otázku (zakroužkujte platnou odpověď):

Jsem: **pravák** **levák**

Souhlas:

pozn. Vaší 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