

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Implantace kardiostimulátoru (KST)

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován (a).
Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem doporučena implantace KST.

Co je implantace KST:

Implantace KST je základní léčebný postup při stavech, kdy je srdeční frekvence příliš pomalá, při srdečních arytmiích, nebo při léčbě srdečního selhání.
Podle charakteru onemocnění se implantují přístroje s jednou nebo dvěma elektrodami. KST se obvykle implantuje do podklíčkové oblasti.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem implantace KST je léčba poruchy srdečního rytmu nebo léčba srdečního selhání. KST je implantován při významném zpomalení, případně vymizení tvorby nebo vedení srdečních vzruchů (bradyarytmie).

Alternativy výkonu:

Neexistuje alternativa tohoto výkonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

- ✓ Od půlnoci před implantací KST nesmíte pít ani jíst.
- ✓ Vezměte si ranní léky (zapijte minimálním množstvím tekutiny), kromě léků na cukrovku – tablety nebo inzulin.

- ✓ Před výkonem nepijte kávu ani nekuřte.
- ✓ K výkonu se dostavte bez přívěšků, náušnic, náhrdelníků, pokud máte snímatelnou zubní protézu, vyjměte ji.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Implantace KST se provádí na implantačním sálu pod rentgenovou kontrolou. Po uložení pacienta na operační stůl následuje dezinfekce operačního pole a sterilní zarouškování. Místním znecitlivěním kůže a podkoží by měla být zajištěna bezbolestnost výkonu. Při trvání bolestivých pocitů je možné podat místní nebo celkově působící léky (dle ordinace lékaře). Následně se provede krátký řez a podkožní kapsa k uložení přístroje. Poté jsou zavedeny stimulační elektrody do srdečních dutin. Typ KST a počet zaváděných elektrod závisí na indikační diagnóze implantace. Elektrody jsou zavedeny punkčně cestou podklíčkové žíly nebo pomocí preparace cefalické žíly, u ramenního kloubu. Po umístění elektrod se testují jejich elektrické parametry (stimulační). Pokud jsou hodnoty uspokojivé, elektrody se napojí na KST, který je uložen do připravené podkožní kapsy. Rána se zašije a je kryta sterilním krytím.

Nemocný je pak převezen zpět na lůžkové oddělení, s doporučením klidu na lůžku vleže na zádech, obvykle po dobu 4 hodin.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý výkon tak i tento je spojen s rizikem vzniku komplikací. Zde je uveden jejich výčet:

- Zvýšená citlivost v místě rány a mírný otok.
- Častý je výskyt hematomu (modřiny) v okolí rány.
- Samovolné přemístění konce elektrody v srdci při nedodržení klidového režimu dle ordinace lékaře po výkonu.
- Vznik krvácení v oblasti vpichu do žíly nebo v kapse KST.
- Alergická reakce na dezinfekční prostředky, znecitlivující nebo kontrastní látku
- Proniknutí krve do pohrudniční nebo osrdečnickové dutiny.
- Proniknutí infekce do krve nebo do okolí KST.
- Proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny tzv. pneumotorax.

Komplikace RTG záření ozářené plochy - zarudnutí, vznik pigmentace, jako od opálení.

- Infekce rány - poté je nutnost extrakce (vyjmutí) celého systému
- Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k dalšímu výkonu až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

**Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte nám tyto otázky:
Správnou odpověď zakroužkujte:**

1. Máte alergii? ANO - NE

V případě kladné odpovědi udejte, na co jste alergický (á)

2. Je či není pravděpodobné, že byste byla těhotná? ANO - NE

3. Vaše výška.....cm Vaše váha.....kg

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po implantaci KST je nutná hospitalizace a je důležité zachovat klid na lůžku (prevence samovolného přemístění elektrody), obvykle do druhého dne. Omezit pohyby horní končetinou na té straně, kde je implantován KST. Po nekomplikovaném výkonu se můžete za 48 hodin po implantaci KST sprchovat. Po dobu 4 – 6 týdnů se vyvarujte zvedání příslušné paže nad úroveň ramene, hraní tenisu, golfu a kuželek, plavání, používání vysavače a podobné činnosti, zdvihání těžších předmětů (nad 5 kg hmotnosti). Všichni nemocní po implantaci KST by neměli 1 měsíc řídit motorová vozidla, u nemocných po resuscitaci je toto období prodlouženo na 3 měsíce. Do zhojení operační rány není doporučena fyzická aktivita. Stehy se odstraňují většinou 7. - 10.den. Při propuštění z nemocnice vám bude předán termín kontroly KST.

Jakékoliv silné magnetické nebo elektromagnetické pole může narušit funkci KST. Z tohoto důvodu je nutno se vyhnout sváření elektrickým obloukem, není možno absolvovat vyšetření magnetickou rezonancí, elektroléčbu a podobně. Používání běžných domácích spotřebičů včetně mikrovlnné trouby nemá na funkci KST vliv. Podobně samo cestování letadlem. Mobilní telefon lze používat, doporučuje se nosit i používat jej na druhé straně než je KST.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Léčba poruchy srdečního rytmu a srdečního selhání. Zlepšení životní prognózy pacienta.

Byl (a) jsem svým ošetřujícím lékařem poučen (a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou

být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl (a) jsem poučen (a), že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby: ANO NE

Doplňující údaje lékaře:

Lokalizace výkonu (zákroku) Strana

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným výkonem.

Jsem srozuměn/a s tím, že výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.

Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum:

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:Podpis: