

OBLASTNÍ NEMOCNICE Kladno, a.s.  
 nemocnice Středočeského kraje  
 272 59 Kladno, Vančurova 1548  
 IČO 27256537, tel. 312606111



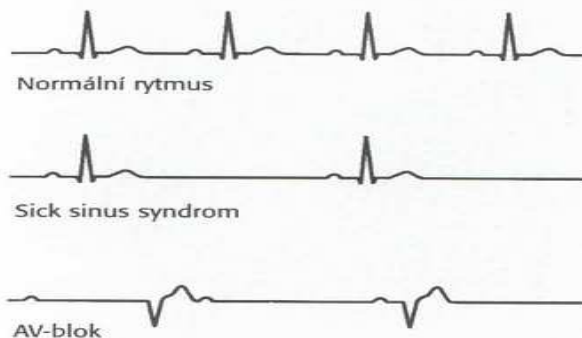
Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,  
 nemocnice Středočeského kraje

**Oblastní nemocnice Kladno, a.s.**

## ZAVEDENÍ DOČASNÉHO KARDIOSTIMULÁTORU informovaný souhlas

Štítek s údaji o pacientovi, jméno, příjmení a datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



### ➤ **Vážený paciente, vážená pacientko.**

Z důvodu poruchy srdečního rytmu je u Vás plánováno zavedení dočasného kardiostimulátoru. Před samotným výkonem Vás Váš ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody a s jejími běžnými riziky a následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

### ➤ **Účelem tohoto zdravotního výkonu**

Z EKG křivky či monitorováním EKG byla zjištěna závažná porucha Vašeho srdečního rytmu- tedy jeho významné zpomalení, případně vymizení tvorby nebo vedení vlastních srdečních vzruchů po kterých dochází k zahájení srdečního stahu (tato porucha se nazývá bradyarytmie ). Jedná se o léčbu dočasnou.

**Alternativa:** jiná rovnocenná možnost v léčbě ve Vašem případě není.

Během dalšího vyšetřování a sledování se prokáže, je-li nutné zavést kardiostimulátor trvalý.

### ➤ **Průběh zdravotního výkonu**

Za sterilních podmínek se v místním znecitlivění se provede kanylace (tedy zajištění vstupu do žilního systému) jedné

z velkých žil. Nejčastěji podklíčkové žíly, méně často jugulární žíly na krku nebo výjimečně stehenní žíly v třísele. Do žíly se zavede elektroda, jejíž konec se umístí pod rentgenovou kontrolou do pravé srdeční komory. Elektroda se zafixuje v místě vpichu a připojí se na zevní kardiostimulátor, který budete mít při sobě, nejčastěji připevněn na paži.

### ➤ **Možná rizika a komplikace**

- vyšetření je prováděno pod RTG kontrolou, dávka záření je monitorována a zaznamenávána. Těhotenství je proto relativní kontraindikací (překážkou) výkonu. Na možné těhotenství je pacientka povinna upozornit před výkonem.

- v místě (vpichu)punkce cévy – krvácení do okolí (hematom), poškození nebo uzávěr cévy

- pneumothorax (tj. poranění plicí s vniknutím vzduchu do pohrudniční dutiny, což může vést až k úplnému zkolabování jedné plicí a může vyžadovat zavedení drenu a až několikadenní odsávání vzduchu pumpou).

- poranění nervů – jen velmi vzácně.

- vznik krevní sraženiny v žíle – je rovněž velmi vzácný a léčí se léky působícími proti srážení krve.

- infekce elektrody – jedná se o vzácný jev a většinou je důvodem k odstranění.

- přecitlivělost na znečitlivující nebo kontrastní látku / je-li použita/.

- úmrtí v důsledku oběhové komplikace nebo srdečního selhání v souvislosti s implantací.

Uvedené komplikace nejsou úplným výčtem, vzácně může dojít i ke komplikacím jiným.

**Bylo mi vysvětleno, že přínos uvedené léčby velmi významně převyšuje riziko případných komplikací.**

### ➤ **Omezení v běžném způsobu života a v pracovní schopnosti**

Po výkonu je nutno dodržovat klid na lůžku nebo omezení pohybu po dobu určenou lékařem – většinou po celou dobu zavedení dočasného kardiostimulátoru.

### ➤ **Otázky a odpovědi**

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.

---

---

---

### ➤ **Souhlas s výkonem**

**Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/, tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem**

žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/zák. zástupce pacienta:

.....

Datum a čas:.....

Prohlašuji, že jsem pacienta (zákonného zástupce) osobně informoval, poučil a podal náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas

**Podpis a razítko lékaře/datum a čas:**

\_\_\_\_\_