

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Elektrická kardioverze

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 byl lékařem indikován výkon – elektrická kardioverze.

Co je elektrická kardioverze:

Je to léčebná metoda odstraňující arytmií (nepravidelný srdeční rytmus). Provádí se pomocí defibrilátoru, což je speciální přístroj, který umožňuje vyslat do organismu elektrický výboj pomocí dvou elektrod přiložených na hrudník. Tento elektrický výboj přerušuje arytmií a umožní, aby srdce opět pracovalo v přirozeném (normálním) rytmu.

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Poruchy srdečního rytmu (arytmie), které mohou mít nepříznivý vliv na zdravotní stav.

Alternativy vyšetření:

Možnou alternativou je podání antiarytmik (léčiva mající vliv na srdeční rytmus) – tzv. farmakologická kardioverze.

V některých případech (některé typy srdečních arytmií s přiměřenou tepovou

frekvencí) je možné elektrickou externí kardioverzi neprovádět a ponechat běžící srdeční arytmií.

Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Před vyšetřením je důležité 6 hodin nejíst, nepít, nekouřit.

Jaký je postup při provádění vyšetření:

Budete uloženi na monitorované lůžko. Před výkon Vám bude zavedena kanylka do žíly, kde Vám lékař podá anestetikum. Po aplikaci usnete a zhruba na 5 minut. Po tuto dobu Vám bude aplikován elektrický výboj dvěma elektrodami přiloženými na povrch hrudníku tzv. defibrilátorem. Výboj ve většině případů obnoví normální srdeční rytmus. Současně bude probíhat umělé dýchání pomocí tzv. ambuvaku.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- Drobné popáleniny, způsobené elektrickým výbojem, které se jeví jako červené, mírně bolestivé místo – vždy preventivně ošetřujeme léčivou masťou.
- Zvracení, nevolnost jako možná reakce na podanou anestézii
- Slabost, točení hlavy.
- Možnost vzniku nežádoucího srdečního rytmu (komorové fibrilace či komorové tachykardie)
- Možnost vzniku srdeční zástavy.
- Embolizace (vmetení) krevních sraženin, usazených v srdci při arytmií, do krevního oběhu a do orgánů (do mozku, věnčitých tepen, vnitřních orgánů, ruky, nohy)
- Neúspěch kardioverze s trváním srdeční arytmie i po provedeném výkonu.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede až k náhlému 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 vyšetření:

Po probuzení z anestezie se minimálně 90 minut monitorují životní funkce (dýchání, krevní tlak, puls, EKG a vědomí). Po uplynutí této doby je možné v případě nekomplikovaného průběhu, propuštění domu, a to s doprovodem anebo sanitou.

Po dobu 24 hodin po provedené elektrické kardioverzi můžete být ovlivněn podanými léky, což je spojeno s ospalostí a opožděnými reakcemi. Z tohoto důvodu nesmíte po celou dobu 24 hodin po elektrické kardioverzi vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost (např. řízení motorových vozidel).

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 vyšetření:

Obnovení normálního srdečního rytmu.

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: (nutno doplnit nebo proškrtnout)

.....
.....

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:**