

## Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

### Elektrofyzilogické vyšetření

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 bylo lékařem doporučeno – elektrofyziologické vyšetření.

#### Co je elektrofyziologické vyšetření:

Elektrofyzilogické vyšetření je vyšetřovací metoda sloužící k posouzení elektrických vlastností srdce. Vyšetření slouží k přesnému určení druhu arytmie (poruše srdečního rytmu) a místa, ze kterého arytmie vychází.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Poruchy srdečního rytmu.

#### Alternativy vyšetření:

Neexistuje jiná alternativa, která by dovolila získat potřebné diagnostické informace.

#### Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Před vyšetřením je důležité 4 hodiny nejíst, nepít, nekouřit. 7 dní před vyšetřením je nutné u většiny druhů arytmií vysadit antiarytmika (léky na arytmiu), tak aby mohlo dojít ke správné diagnostice arytmie. Pokud jsi nejste jistý/á o které léky jde poraďte se se svým kardiologem, či přímo s lékařem, který bude vyšetření provádět. Současně je třeba se poradit stran vysazení, či ponechání léků snižujících krevní srážlivost.

#### Jaký je postup při provádění vyšetření:

Vyšetření je prováděno na katetrizačním sále a může být proveden z různých přístupů. Obvykle je to pravé nebo levé třísllo, ve kterém sondujeme stehenní žílu, případně i tepnu. Před vpichem je provedeno místní znecitlivění, takže další průběh vyšetření je v místě v pichu již minimálně bolestivý.

Volba katetrizačního přístupu a počet zavedených katetrů (obvykle 3 - 4) závisí na rozhodnutí vyšetřujícího lékaře. Při vlastním vyšetření se přes zavedené elektrody stimuluje různá místa v srdci a současně se z nich snímají elektrické signály. Zjišťují se tak poruchy šíření elektrického impulzu v srdci a pohotovost k různým poruchám srdečního rytmu. Během vyšetření mohou tyto poruchy rytmu vzniknout. Někdy je k vyvolání arytmií nutné podávat stimulační látky (katecholaminy) nebo je při výkonu možné testovat léky bránící vzniku arytmií.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každé vyšetření, tak i toto je spojeno s rizikem komplikací, jejichž procentuální počet je velmi nízký i přes to je nutné na ně upozornit. Zde je uveden jejich výčet:

- Alergická reakce na látku použitou při místním znecitlivění, nebo dezinfekční prostředek.
- V místě zavádění katetrů: krvácení do okolí (modřina), poškození nebo uzávěr cévy, poškození okolních nervů.
- Při manipulaci s katétry v srdci nebo při vyvolávání arytmie může dojít ke vzniku dalších vzácných komplikací, jako jsou: uvolnění krevní sraženiny do plic nebo do mozku, poranění srdeční stěny s krvácením do osrdečnicku, poškození srdeční chlopně, poškození převodního systému srdce s nutností zavedení kardiostimulátoru, infarkt myokardu, infekce. Celkový výskyt komplikací uvedených v tomto bodě se pohybuje pod úrovní jednoho procenta, tj. nižší než jedna komplikace na sto provedených výkonů.
- Komplikace RTG záření ozářené plochy a to zarudnutí a ztráta ochlupení.
- V některých případech se může zarudnutí změnit v pigmentaci, jako od opálení. V nepříznivém případě se změna kůže může rozvíjet a vyvolat tvorbu vředu.

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

**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 vyšetření 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 vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.**

**Datum:** .....

**Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka):** .....

**Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:**

Po provedeném výkonu je nutná komprese třísla po dobu 1-2 hodin a klid na lůžku po dobu několika hodin (pouze v případě přístupu tepnou může být tato doba delší). Nekomplikované vyšetření nevede k jiným omezením. Pokud však z výsledků vyšetření vyplývá vhodnost dalšího léčebného zákroku, může být omezení dáno případným provedením následného zdravotnického výkonu.

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:**

Zjištění přesného charakteru arytmie tímto vyšetřením a možnost stanovení správné léčby( léky, či radiofrekvenční ablací). V případě zjištění typu arytmie, která je v jedné době ošetřitelná, je ihned provedena instrumentální eliminaci arytmie – radofrekvenční ablací přes již vytvořené vstupy v žilách a můžeme tak zajistit s různou měrou pravděpodobnosti absenci arytmie do budoucna.

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

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

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

**Datum:**.....

**Jméno lékaře:**..... **Podpis:**.....

**Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)**