VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **VÝMĚNA KARDIOSTIMULÁTORU (KARDIOVERTERU DEFIBRILÁTORU) NEBO PŘÍSTROJE PRO SRDEČNÍ RESYNCHRONIZAČNÍ LÉČBU (SRL)**	

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Výměna těchto přístrojů se provádí v případě vyčerpání baterií a spočívá v nahrazení původního přístroje přístrojem novým. Nový přístroj se napojí na stávající elektrody.

Doporučený výkon má následující rizika:

- v místě operační rány – krvácení, infekce,
- alergická reakce na místní znecitlivění; pacienti většinou o svých alergiích vědí a vždy se vyhýbáme látkám, na které je pacient alergický; pokud dojde přesto k reakci, máme veškeré prostředky k úspěšnému zvládnutí stavu,
- úmrtí při výkonu v důsledku oběhové komplikace nebo srdečního selhání v souvislosti s výměnou.

Přínos uvedené léčby velmi významně převyšuje riziko případných komplikací, které jsou vzácné a které se u popsaných léčebných výkonu vyskytují průměrně do jednoho procenta. Riziko úmrtí do 30 dnů po výměně kardioverteru-defibrilátoru, které souvisí s výkonem, je podle několikaletého hodnocení pod úrovní 0,1 %.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Neexistuje dostatečně účinná a spolehlivá léčebná alternativa.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V místním znecitlivění je otevřena kapsa přístroje v podkoží, vyjmut původní přístroj, provedena kontrola elektrod měřením elektrických parametru a poté připojen k elektrodám nový přístroj. Rána je zašita a zakryta sterilním obvazem. Tím je výkon ukončen.

V případě kardioverteru-defibrilátoru je v malém počtu případů nutné na konci výkonu otestovat, zda systém funguje a dovede přerušit nejzávažnější srdeční nepravidelnosti (arytmii - fibrilaci komor). V krátkém celkovém uspání je vyvolána speciálním programovacím zařízením fibrilace komor, která je poté přerušena výbojem z přístroje.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výměně přístroje je potřeba šetřit příslušnou horní končetinu po dobu 1 - 2 týdnů po výkonu.

Další potřebná léčba:

Nutné je další sledování v kardiostimulačním centru, které bude řídit další léčbu. O dalších konkrétních opatřeních budete informován/a Vaším ošetřujícím lékařem podle povahy a závažnosti Vašeho onemocnění.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....

podpis pacienta / zákonného zástupce

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka