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): **ZAVEDENÍ DOČASNÉHO SMYČKOVÉHO ZÁZNAMNÍKU** **(IMPLANTABILNÍ LOOP REKORDER)**	

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

Implantace tohoto bezdrátového zařízení do podkoží má za cíl detekovat a zaznamenávat poruchy srdečního rytmu. Některé poruchy srdečního rytmu se u pacienta vyskytují s malou frekvencí, tudíž se nedají zachytit na standardním EKG záznamu nebo pomocí dlouhého záznamu EKG na 24 hodin. Pro tyto případy máme výše uvedené zařízení, které se implantuje (vloží) do podkoží a zaznamenává poruchy srdečního rytmu buď automaticky, nebo přikládáním aktivačního zařízení.

Možné komplikace:

Infekce či hematom (modřina) v kapse přístroje, který může vyžádat chirurgické řešení a antibiotickou léčbu.

Alergická reakce na místní anestetikum. 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.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Plnohodnotná alternativa smyčkového záznamníku neexistuje. V určitých případech ho lze nahradit přenosným zařízením, který se přikládá na hrudník v době obtíží (bušení srdce atd.)

Doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody: zavedený záznamník zachytí všechny poruchy srdečního rytmu, a to i ty, které pacient nepociťuje (například ve spánku).

Doporučený výkon má ale současně tyto nevýhody: zavedení dočasného smyčkového záznamníku je invazivní zákrok s možnými komplikacemi (viz výše).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V den zákroku budete na lačno. Jedná se o ambulantní výkon bez použití rentgenového záření. V místním znecitlivení za sterilních podmínek v oblasti levého okraje hrudní kosti přibližně ve výši levé prsní bradavky bude proveden cca 2 cm řez. Do podkoží pak bude zasunut záznamník. Rána se pak zašije ve dvou vrstvách a po aktivaci a naprogramování přístroje bude pacient propuštěn domů.

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

Přibližně po deseti dnech se vytahují stehy na ambulanci. Po implantaci záznamníku je třeba vyloučit kontakt se silným elektromagnetickým polem.

Byla mi předložena instrukce pro pacienty se zavedeným záznamníkem, kde jsou vyjmenovány životní situace (včetně medicínských výkonů vyžadující zvýšenou opatrnost).

Další potřebná léčba:

Pacient bude zaškolen o zacházení s přístrojem. Toto zařízení je vybaveno funkcí automatického ukládání EKG záznamu při poruchách srdečního rytmu. Tato funkce je užitečná, pokud pacient ztrácí vědomí při

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

arytmii. Zařízení se dá též při obtížích aktivovat přikládáním aktivačního zařízení na kůži, kde je implantován přístroj.
Uložená data se dají prohlédnout a vytisknou. Jedná se o ambulantní kontrolu. Dle druhu zachycené poruchy srdečního rytmu, pak bude pacientovi navržen Vaším ošetřujícím lékařem další postup léčby.

Přístroj má životnost cca 36 měsíců. Po splnění své úlohy bude přístroj vyňat z těla.

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