



Východoslovenský ústav srdcových
a cievnych chorôb, a.s.

P. O. Box 35, Ondavská 8, 040 11 Košice

KLINIKA KARDIOLÓGIE – Arytmologické oddelenie



F-042 POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....

Svojim podpisom potvrdzujem, že **odmietam – neodmietam**** zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas, byť informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

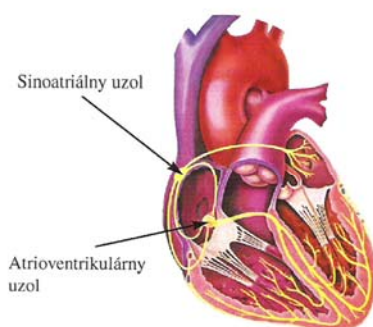
Meno poučujúceho lekára:

Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) **diagnóza(y)**:

Porucha srdcového rytmu

Navrhovaný (plánovaný) **diagnostický a liečebný postup/výkon**:

Elektrofyziológické vyšetrenie / katéetrová ablácia



Popis výkonu / operačného zákroku:

A) Dôvod výkonu / zákroku:

Trpíte poruchou srdcového rytmu, ktorá sa prejavuje nepravidelnou, neprimerane pomalou alebo naopak príliš rýchlou srdcovou činnosťou. Táto môže spôsobovať závraty a v niektorých prípadoch viesť až ku strate vedomia. Doterajšie pokusy o farmakologickú liečbu neboli trvale úspešné, prípadne takáto liečba ani neexistuje. Toto vyšetrenie slúži na odkrytie tých porúch srdcového rytmu, kde obyčajné povrchové EKG nepostačuje.

B) Čo obnáša liečebný / operačný výkon:

- Elektrofyziológické vyšetrenie spočíva v zavedení jedného až piatich katétrov do rôznych oblastí srdca tak, aby sa dali zaznamenávať vnútrošrdcové elektrokardiogramy a zároveň sa mohla vykonávať špeciálna programovaná stimulácia srdca.
- V deň vyšetrenia musíte byť nalačno, zdravotný personál Vás pripraví na vyšetrenie (vyholenie miest vpichu, zavedenie kanyly do periférnej žily).
- Srdcové katétre sa zavádzajú vpichom v miestnom znecitlívení cez stehennú žilu alebo tepnu, podkľúčkovú alebo krčnú žilu.
- Po vyšetrení musíte ležať 12 hodín, v prípade napichnutia tepny až 24 hodín s naloženou bandážou v oblasti slabiny.
- V niektorých prípadoch je potrebné odobrať vzorku tkaniva zo srdcového svalu (ak ide o podozrenie na zápalové alebo systémové ochorenie) za účelom nastavenia na adekvátnu medikamentóznú liečbu. Tá sa dá správne usmerniť len na základe špeciálneho vyšetrenia na prítomnosť vírusov a zápalových ukazovateľov (imunohistochemické vyšetrenie) zo vzoriek srdcového svalu. Tieto sa odoberajú cestou srdcovej katetrizácie z oblasti pravej alebo ľavej srdcovej komory, bioptický katéter sa zavádza vpichom v miestnom znecitlívení cez stehennú žilu alebo tepnu, podkľúčkovú alebo krčnú žilu.
- Ak počas vyšetrenia zistíme, že sa u Vás jedná o poruchu rytmu, ktorú je možné zároveň odstrániť, navrhujeme Vám katéetrovú abláciu. Katéetrová ablácia (odstránenie) poruchy srdcového rytmu spočíva v krátkodobom bodovom zahriatí tkaniva zodpovedného za poruchu rytmu asi na teplotu 50 °C. To sa dosiahne privedením slabého striedavého elektrického prúdu cez zavedený katéter. V niektorých prípadoch sa tkanivo mrazí aplikáciou kryoenergie približne na teplotu -50°C.
- Ablácie niektorých porúch rytmu si vyžadujú prepichnutie medzipredsieňovej prepážky z dôvodu dosiahnutia štruktúr v ľavej predsieni. Lokalizácia vpichu sa vykonáva za pomoci RTG a vnútrošrdcovej echokardiografie.

C) Následky a riziká spojené s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:

- je potrebné si uvedomiť, že určité riziká existujú pri každej liečbe, prípadne zákroku, ich výskyt nie je možné vopred predpovedať. Navrhované vyšetrenie/výkon so sebou prináša určité riziká;
- najobávanejšou komplikáciou je narušenie steny srdca, ktoré sa niekedy musí riešiť kardiochirurgickým zákrokom;
- ďalšou komplikáciou je neplánované spomalenie srdcovej činnosti (spôsobené katéetrovou abláciou), ktoré si vyžiada zavedenie trvalej kardiostimulácie. Na druhej strane pri istých poruchách srdcového rytmu je ablačné spomalenie srdcovej činnosti a následná trvalá kardiostimulácia nevyhnutná;
- ďalšou možnou komplikáciou je narušenie pohrudnice, ktoré je potrebné riešiť drenážou pohrudničnej dutiny;
- menšou komplikáciou je hematóm (modrina) v mieste vpichu.

D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

Ak nebudete s navrhovaným vyšetrením/výkonom súhlasiť môže dôjsť ku nasledovným situáciám:

- ku strate vedomia v dôsledku veľmi pomalej alebo veľmi rýchlej činnosti srdca;
- u vysoko rizikových pacientov môže dôjsť ku náhlej smrti z dôvodu veľmi pomalej alebo veľmi rýchlej činnosti srdca;

- veľmi rýchla činnosť srdca z dlhodobého hľadiska môže viesť ku oslabeniu srdcovej činnosti spojenej s ťažkým dychom a celkovou slabosťou.

Dole podpísaný(á) **potvrdzujem** svojim podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, **som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované** (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

.....

Zároveň svojim podpisom potvrdzujem, že som **bol(a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických alebo liečebných postupov, prípadne potrebných zdravotných výkonov ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.**

Bol(a) som tiež **poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.** Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom (resp. výkonom)

súhlasím – nesúhlasím**

a zároveň prehlasujem, že som mal možnosť klásť lekárovi doplňujúce otázky, ktoré mi boli zodpovedané. Bol som oboznámený so skutočnosťou, že v rámci poskytovaného výkonu (liečebného postupu) mi môže byť vykonaný aj iný (ďalší) výkon, pokiaľ by jeho nevykonanie ohrozilo bezprostredne môj zdravotný stav, s čím rovnako súhlasím. V prípade, že zmením svoj názor k navrhovanej liečbe (výkonu/postupu) a rozhodnem sa odvolať svoj súhlas, túto skutočnosť bezodkladne oznámim lekárovi.

Poskytovanie informácií o mojom zdravotnom stave: (doplniť osoby)

- manžel/manželka:
- rodič:
- dieťa:
- iná osoba:

Beriem na vedomie, že iba osoba(y) mojím rozhodnutím určená(é), bude(ú) informovaná o mojom zdravotnom stave, iným osobám ako mnou určeným, nebudú poskytnuté žiadne informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu. Určené osoby môžu byť vyzvané k preukázaniu totožnosti.

Týmto **súhlasím – nesúhlasím** s prítomnosťou osôb, ktoré získavajú odbornú spôsobilosť k výkonu zdravotníckeho povolania (študenti medicíny a pod.) pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mojej osobe a rovnako nemám výhrady, aby prípadne nahliadali do mojej zdravotnej dokumentácie.

Svojim podpisom taktiež potvrdzujem, že som bol/a riadne oboznámený/á s platným znením Nemocničného poriadku VÚSCH, a.s., vrátane Denného režimu pracoviska VÚSCH, a.s., na ktorom budem hospitalizovaný, s právami a povinnosťami pacienta VÚSCH, a.s. a vyjadrujem svoj súhlas s ich dodržiavaním počas mojej hospitalizácie vo VÚSCH, a.s..

V Košiciach, dňa: čas:

.....
podpis a pečiatka lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť
(prípadne osoby ňou určenej alebo jej zákonného zástupcu)

Vyjadrenie osoby nespôsobilej dať informovaný súhlas:

.....
.....

V Košiciach, dňa:

* vyplní vyšetrujúci lekár v slovenskom jazyku

** nehodiace preškrtnúť