



Východoslovenský ústav srdcových  
a cievnych chorôb, a.s.

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



miesto na pečiatku ambulancie:

## F-100 POUČENIE A PÍSMOŇÝ 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: .....

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

### **TESP vyšetrenie – transezofageálna stimulácia predsieni**

#### **A/ Dôvod vyšetrenia:**

Predpokladá sa u Vás porucha srdcového rytmu, ktorá sa môže prejavovať pocitmi búšenia srdca, závratmi, pocitom na odpadnutie až stratou vedomia, alebo sťaženým dýchaním. Doterajšie vyšetrenia, ktoré ste absolvovali neobjasnili presne príčinu Vašich ťažkostí. Bola Vám odporúčaná transezofageálna stimulácia predsieni.

#### **B/ Čo obnáša vyšetrenie:**

Vyšetrenie začína zavedením pažerákovej elektródy o hrúbke cca 2-3mm cez ústa do pažeráka. Cez túto elektródu Vám bude snímaná elektrická aktivita srdca a bude vykonávaná elektrická stimulácia srdca. Na vyšetrenie prídete nalačno. Vzhľadom na malú hrúbku elektródy sa vyšetrenie vykonáva bez miestneho znecitlivenia. V prípade potreby je však možné použiť miestne znecitlivenie sprayom. Okrem diagnostických účelov môže byť výkon v určitých prípadoch použitý aj na úpravu Vašej poruchy rytmu, najmä v prípadoch, keď použitie liekov je rizikové.

#### **C/ Následky a riziká spojené s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou:**

Vyšetrenie môže byť sprevádzané miernym pocitom na zvracanie pri zavádzaní elektródy. Počas vyšetrenia môžete pociťovať miernu bolestivosť za hrudnou kosťou alebo dráždenie na kašeľ. Vyšetrujúci personál Vám pomôže uvedené ťažkosti minimalizovať. Veľmi ojedinele môže dôjsť k poraneniu steny pažeráka.

#### **D/ Riziká odmietnutia vyšetrenia:**

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

- predĺži sa čas k stanoveniu Vašej presnej diagnózy a tým sa aj oddiali liečba
- vyplynie potreba invazívneho elektrofyziologického vyšetrenia
- na úpravu Vašej poruchy rytmu bude potrebná elektrická kardioverzia

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.**

Zároveň svojím 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. Bol/a/ som poučený/á/ o hlavných možných rizikách a komplikáciách vyšetrenia najmä: podráždení sliznice hrtana alebo pažeráka, ktoré môže spôsobovať prechodnú bolesť pri hltaní a poranení / perforácii/ steny pažeráka. Prínos tohto vyšetrenia však vysoko prevyšuje riziko prípadných komplikácií, ktoré sú veľmi vzácne a vyskytujú sa iba v 1-3% prípadov.

Svojím 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 (t.j. ak počas anestézie dôjde k náhlej zmene zdravotného stavu, ktorá bude vyžadovať prekročenie tohto oprávnenia, oprávňujem lekára na základe jeho profesionálneho rozhodnutia na vykonanie všetkých postupov na záchranu môjho zdravia alebo života). V prípade, že zmením svoj názor k navrhovanej liečbe (výkonu/postupu) a rozhodnem sa odvolať svoj súhlas, túto skutočnosť bezodkladne oznámim lekárovi.

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.

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