Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.

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

**KLINIKA KARDIOLÓGIE – Arytmologické oddelenie**

## F-043 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:**

## Elektrická kardioverzia

### Popis výkonu / operačného zákroku:

A) <u>Dôvod výkonu / zákroku:</u>

Trpíte poruchou srdcového rytmu, ktorá sa prejavuje nepravidelnou, neprimerane rýchlou srdcovou činnosťou. Táto môže spôsobovať závraty a v niektorých prípadoch viesť až ku strate vedomia. Inokedy sa prejavuje srdcovým zlyhaním, spojeným so sťaženým dýchaním alebo opuchmi nôh. Doterajšie pokusy o farmakologickú liečbu neboli trvale úspešné. Spôsob, akým sa rieši Vaša porucha rytmu je elektrická kardioverzia.

B) <u>Čo obnáša liečebný / operačný výkon:</u>

- V deň výkonu musíte byť nalačno.
- Zákrok sa vykonáva v krátkodobej celkovej anestézii. Po uspaní pacienta sa na prednú stenu hrudníka aplikuje elektrický výboj, ktorý vo väčšine prípadov normalizuje srdcovú

činnosť. Pacient sa preberá približne po 15-30 minútach a na okolnosti zákroku sa nepamätá.

## 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. Navrhovaný výkon so sebou prináša určité riziká. Zákrok môže byť v zriedkavých prípadoch komplikovaný cievnou mozgovou príhodou.

## D) Riziká odmietnutia výkonu / operačného zákroku:

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

- zhoršenie stavu v zmysle búšenia srdca, dýchavice a celkovej slabosti;
- veľmi rýchla činnosť srdca z dlhodobého hľadiska môže viesť ku zhoršeniu funkcie srdca;
- fibrilácia predsení s rizikových faktorom vzniku cievnej mozgovej príhody, prípadne inej tromboembolickej komplikácii.

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.

**<u>Poskytovanie informácií o mojom zdravotnom stave:</u>** (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