

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

Kardiologické oddělení, Intervenční kardiologie, tel.: 577 553 188

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____

Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Před podáním informací byl pacient (jeho zákonný zástupce) poučen o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu s tím, že (vyplní pacient)

Pacient byl ošetřujícím lékařem seznámen s údaji o:

- svém zdravotním stavu, navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách,
- příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji,
- jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta,
- další potřebné léčbě,
- omezeních a doporučeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti, popř. zdravotní způsobilosti,
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytování dalších zdravotních služeb,
- ekonomicky náročnější variantě poskytnutí zdravotních služeb.

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

INVAZIVNÍ ELEKTROFYZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Invazivní elektrofyziologické vyšetření:

Je vyšetřovací metoda sloužící k posouzení elektrických vlastností srdce.

Cíl a přínos výkonu:

Vyšetření slouží k přesnému určení druhu arytmie (poruše srdečního rytmu) a místa, ze kterého arytmie vychází. Toto vyšetření poskytuje informace o arytmiích v rozsahu, které jiným způsobem získat nelze. Poněvadž arytmie v některých případech představují závažné ohrožení zdraví nebo života, jsou informace získané elektrofyziologickým vyšetřením nezbytné k určení dalšího léčebného postupu a při jejich chybění často není možné poruchu srdečního rytmu úspěšně léčit. Čím přesněji může lékař určit druh arytmie, tím větší je možnost úspěšné léčby. Cílem programované stimulace komor je vyvolání komorových arytmií za kontrolovaných podmínek, aby bylo možné stanovit jejich mechanismus a léčbu.

Alternativa výkonu:

K účelu, ke kterému slouží, toto vyšetření alternativu nemá. Pouze částečné informace lze získat jícnovou stimulací síní, EKG Holterem nebo povrchovým EKG.

Rizika výkonu (možné komplikace): jsou velmi vzácné nižší než 1% případů

- krevní výron v místě cévního přístupu
- poranění v místě přístupových cév (včetně vzniku výdutí tepny či píštěle mezi tepnou a žílou)
- infekce v místě přístupu do cév
- trombóza (krevní sraženina) v místě přístupu do cév s možností plicní embolie
- poranění srdce (proděravění stěny srdeční)
- srdeční infarkt
- pneumotorax (proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny, je-li přístupovou cestou podklíčková žíla)
- embolizace sražených částecek krve do různých tělních cév (např. s následkem mozkové mrtvice)
- bezvědomí vyvolané arytmií, kterou však umíme okamžitě zastavit

Příprava k výkonu:

- k vyšetření Vás přijmeme alespoň den předem
- 4 hodiny před výkonem nejíst, nepít, nekouřit ranní léky zapít vodou, pokud lékař neurčí jinak
- k výkonu je třeba být bez přívěšků, náušnic, náhrdelníků, vyjmout snímatelnou zubní protézu nutné je vyholení třísla (pokud toto nezvládnete sám/a, pomůže Vám sestra na oddělení) budou provedeny odběry krve (nosičství viru zánětu jater typu B, C, HIV), krevní skupiny krevní srážlivosti a RTG plic před výkonem

Průběh výkonu:

Vyšetření trvá obvykle asi hodinu a je nutné při něm klidně ležet. V průběhu výkonu budete při vědomí, není třeba celkového uspání. Do žíly na předloktí nebo zápěstí Vám bude zavedena malá kanyla, která umožňuje podávání léků přímo do žíly, je-li to třeba. Před zahájením vyšetření Vám nalepíme na hrudník elektrody na snímání EKG a připevníme manžetu na měření krevního tlaku. Vpichem do femorální žíly v třísle (v některých případech vpichem do žíly pod klíční kostí) Vám zavedeme do srdce dvě i více elektrod (katétrů). Před zavedením elektrod Vám místo kudy budeme elektrody zavádět, nejprve znecitlivíme injekcí proti bolesti. Pohyb katétrů v těle neucítíte. Jejich pohyb je kontrolován rentgenem, a proto budete přechodně vystaveni i rentgenovému záření. Pomocí katétrů zavedených do srdce se nejprve stanoví druh arytmie a její vlastnosti a to jednak pasivně, kdy katétr jen „pozorují“ elektrickou činnost srdce, jednak aktivně, kdy je srdce elektrickými stimuly podněcováno tak, aby se arytmie projevila. Po ukončení vyšetření budou katétrů z těla vytaženy a na místo vpichu přiložen tlakový obvaz, aby bylo zamezeno krváčení.

Chování po výkonu:

- po výkonu Vám nadále bude měřen krevní tlak a puls
- 2 hodiny po výkonu nejíst, nepít, nekouřit
- 4 hodiny po výkonu klidně ležet na lůžku s tlakovým obvazem v místě, kudy byly zaváděny elektrody do srdce, v případě známek krváčení může být doba ležení delší
- první vstávání z lůžka provést za asistence zdravotní sestry
- pokud jste dostali uklidňující injekci, je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo a provádět práci vyžadující zvýšenou pozornost
- při nekomplikovaném průběhu je možné propuštění z nemocnice následující den po výkonu

V případě jakýchkoliv potíží je třeba okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!!

Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, o poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu (vyplní lékař):

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují. Dále prohlašuji, že jsem byl příslušným zdravotnickým pracovníkem poučen o možnosti vzdát se podání informace o mém zdravotním stavu a o možnosti určit osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu nebo vyslovit zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu. Za osoby s právem na informace o mém zdravotním stavu určuji (vyplní pacient v případě, že nevyplňuje souhlas s hospitalizací)

.....

Vyslovuji zákaz podávání informací o mém zdravotním stavu

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, navrženém léčebném postupu a potřebných jednotlivých zdravotních výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsáního léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Veďte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.