



Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ELEKTRICKÁ KARDIOVERZE

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- Nepravidelnost srdečního tepu.

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

- Cílem zákroku je zrušit elektrickým výbojem arytmií (nepravidelnost rytmu) a nastolit pravidelný sinusový rytmus. Elektrická kardioverze se provádí vždy na monitorovaném lůžku. Pokud je výkon plánovaný, nesmíte 6 hodin před výkonem jíst, pít, kouřit. Pokud máte zubní protézu, vyndáte si ji. Sestra Vám zavede kanylu do žíly. Lékař anesteziolog Vás uvede do krátkého asi 15 minut trvajícího umělého spánku pomocí léků podaných do žíly. Během této narkózy budete dýchat normálně, popřípadě s pomocí dýchacího vaku, bez napojování na dýchací přístroj a budou sledovány životní funkce.
- Během narkózy Vám bude provedena elektrická kardioverze. Elektrická kardioverze se provádí přiložením dvou elektrod natřených vodivou pastou na hrudník s následným elektrickým výbojem stejnosměrného proudu pomocí speciálního přístroje, tzv. defibrilátoru. Po probuzení z narkózy si nebudete pamatovat časový interval od uvedení do umělého spánku až do probuzení. Po probuzení je nutná ještě další monitorace, která při normálních parametrech může být po 2 – 3 hodinách ukončena, a následně můžete být propuštěn/a.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- popálení kůže v místě přiložení elektrod,
- embolie do mozku, jiného orgánu nebo jiné části těla
- zpomalení tepové frekvence s nutností dočasné srdeční stimulace,
- jiná závažná porucha srdečního rytmu, vyžadující elektrickou defibrilaci, utlumení dechové aktivity vlivem podaných anestetik.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Alternativou je provedení medikamentosní kardioverze s podáním léků do žíly nebo úst. Je to postup zdoluhavější a méně efektivní, ale neinvazivní. Riziko embolizace i vyvolání jiné arytmie je podobné jako u elektrické kardioverze.

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

- Výkon neomezuje obvyklý způsob života a pracovní schopnost ani zdravotní způsobilost.

Předpokládaná doba hospitalizace: u plánovaného výkonu několik hodin až 1 den, jinak závisí na základní diagnóze.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): u elektivního výkonu 1 den.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: v den po provedeném výkonu klidový režim. Vzhledem k podání anestetik nesmíte v den provedení výkonu řídit motorové vozidlo.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nepředpokládají se.

6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

- Při propuštění budete informován/a o další léčbě, prevenci a následných kontrolách.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jím a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.