



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 ELEKTROFYZIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ A KATETRIZAČNÍ ABLACE ARYTMOGENNÍHO LOŽISKA

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

- Tachyarytmie (porucha srdečního rytmu s rychlou tepovou frekvencí).

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

- Cílem elektrofyziologického vyšetření je určit druh poruchy srdečního rytmu (arytmie) a případně nalézt okresek srdeční svaloviny, který může být zdrojem těchto arytmí (tzv. arytmogenní ložisko).
- Pod rentgenovou kontrolou se zavádějí elektrody do pravé části srdce cestou velkých žil vpichem z oblasti třísla, krku, nebo z nadklíčkové oblasti. Za určitých okolností se elektrody zavádějí stehenní tepnou vpichem z třísla nebo stehenní žílou s následným propíchnutím mezisíňové přepážky.
- Elektrody snímají elektrickou aktivitu v srdci a je možné jimi srdce elektricky stimulovat (podněcovat k mechanickému stahu zevním stimulatorem). Pomocí snímání nitrosrdečních signálů a stimulace určíme okresek srdeční tkáně, který je zodpovědný za vznik a udržení poruchy rytmu. Pokud je arytmie vyvolána, lze ji zrušit buď opět pomocí stimulace, léků podaných do žíly nebo elektrickým výbojem.
- O nálezech elektrofyziologického vyšetření Vás bude informovat lékař na sále. Na základě zjištěných abnormalit je poté možno přistoupit k tzv. katetrizační ablací, které spočívá v destrukci arytmogenního ložiska. K tomu se nejčastěji používá zahřátí, nebo zmrazení patologické tkáně. Takto zahřátý, nebo zmrazený okresek srdeční svaloviny malého rozsahu se stane po výkonu nevzrušivým a porucha srdečního rytmu by se již dále neměla vyskytovat nebo vracet. Ablace se provádí pomocí speciálních katétrů zavedených do srdeční dutiny cestou stejných cévních vstupů, které byly použity při elektrofyziologickém vyšetření.
- Vyšetření se provádí na katetrizačním sále. Před vyšetřením nebudete 6 hodin jíst, pít a kouřit. Pokud máte zubní protézu, vyjmete si ji. Během vyšetření budete při vědomí. Budete mít trvale monitorováno EKG. Vyšetření se provádí v místním znecitlivění za přísně sterilních podmínek. V průběhu vyšetření můžete pociťovat mírný tlak při místním umrtvení místa vpichu, zcela výjimečně může být bolestivá vlastní katetrizační ablace, v tomto případě Vám budou podány účinné léky k tlášení bolesti, případně infúze zajišťující sedaci („přispání“). Předpokládaná doba výkonu je 1 – 4 hodiny podle typu arytmie.

3. Rizika zdravotního výkonu:

- Zejména:
 - komplikace v místě cévního přístupu – například krvácení, výron krve do podkoží (hematom), výduť cévy, píštěl mezi cévami,
 - lokální infekce v místě vpichu,
 - zanesení infekce do krevního oběhu,
 - alergická reakce na lokální anestetikum, případně léky podávané v průběhu výkonu.
- Vzácně:
 - pneumothorax (únik vzduchu do pohrudniční dutiny s nevdušností plicí), hemothorax (průnik krve, popřípadě lymfy do pohrudniční dutiny),
 - poranění vlastních srdečních struktur či chlopní nebo srdečních stěn elektrodou,
 - krvácení do okolí srdce s jeho následným útlakem neboli srdeční tamponáda (výskyt 1 – 2 %) – pokud není tato komplikace léčená, může být život ohrožující (léčí se odsátím krve z okolí srdce a případně následným chirurgickým výkonem),
 - cévní mozková příhoda neboli mrtvice (výskyt < 1 %) – k zamezení této komplikace Vám budou v průběhu výkonu podávány protisrážlivé léky,
 - embolizace krevní sraženiny s uzávěrem tepny a následnou poruchou funkce postiženého orgánu (výskyt < 1 %) – k zamezení této komplikace Vám budou v průběhu výkonu podávány protisrážlivé léky,
 - obrna bránice (výskyt 1 – 2 %) – vzácná, ve většině případů jen přechodná komplikace, projevující se zhoršením dechu,

- jiné poruchy srdečního rytmu nebo přerušení nitrosrdečního vedení s nutností implantace trvalého kardiostimulátoru (výskyt 0,5 – 1 %),
- kožní změny po delší expozici vlivu RTG záření,
- rozvoj píštěle mezi levou síní a jícnem – tato komplikace je život ohrožující, avšak velice vzácná (výskyt < 0,5 %), může se projevit vznikem nových polykacích obtíží po výkonu,
- zachycení katétru do srdečních nebo cévních struktur – raritní komplikace, která ale může vyžadovat chirurgické řešení,
- zúžení plicních žil po ablacii v levé síní – vzácná komplikace projevující se dušností, řeší se rozšířením plicní žíly katetrizačně,
- vzduchová embolizace – vzácná komplikace projevující se bolestí na hrudi či přechodným neurologickým postižením,
- úmrtí (výskyt < 0,2 %).

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Dlouhodobá až doživotní léčba ve formě tablet, která ale v řadě případů není tak účinná (může při ní docházet k opakování arytmie) a může být také spojena s rizikem vzniku nežádoucích účinků léčby včetně vzniku jiných poruch srdečního rytmu.

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 mimo rekonvalescenci neomezuje obvyklý způsob života a pracovní schopnost.

Předpokládaná doba hospitalizace: 1 – 3 dny u plánovaného výkonu.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 3 – 7 dní.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: v prvních 3 – 4 týdnech po výkonu doporučujeme šetřící režim s omezením větší fyzické aktivity, sportu a větší zátěže. Poté ve většině případů bez omezení obvyklého způsobu života a pracovní schopnosti.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na základní diagnóze a výsledku zákroku.

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

- Na základě výsledků vyšetření rozhodneme o další terapii. Při propuštění budete informován/a o preventivních opatřeních 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 jim 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.