



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 DÁLKOVÁ KONTROLA TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU, IMPLANTABILNÍHO KARDIOVERTER-DEFIBRILÁTORU ČI IMPLANTABILNÍHO EPIZODNÍHO ELEKTROKARDIOGRAFICKÉHO ZÁZNAMNÍKU

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

- Porucha srdečního rytmu.

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

- Dálkovou kontrolu umožňují některé konkrétní typy trvalých kardiostimulátorů, implantabilních kardioverterů-defibrilátorů nebo implantabilních epizodních elektrokardiografických záznamníků.
- Domácí kontrola probíhá prostřednictvím patientské jednotky, která Vám bude vydána v době implantace přístroje nebo při ambulantní kontrole implantovaného přístroje.
- Patientská jednotka musí být používána v souladu s návodem k použití, umístěna do 2 metrů od lůžka, kde pacient spí. Pro správnou funkci musí být jednotka připojena ke zdroji elektrického napětí a být v dosahu mobilní sítě GSM.
- Patientská jednotka navazuje v nočních hodinách komunikaci s implantovaným přístrojem a v pravidelných intervalech odesílá informace o funkci implantovaného přístroje k ošetřujícímu lékaři.
- Některé systémy umožňují realizovat domácí kontrolu pomocí aplikace v „chytrém telefonu“. O tom, jak bude dálková kontrola probíhat konkrétně u Vás (patientská jednotka versus aplikace v chytrém telefonu) se dozvíte od ošetřujícího lékaře před jejím zahájením.
- Tuto komunikaci mezi patientskou jednotkou nebo aplikací v chytrém telefonu na jedné straně a implantovaným přístrojem na straně druhé nebudete nijak pociťovat a nemá vliv na funkci Vašeho implantátu.
- Odeslaná data budou zpracována ošetřujícím lékařem v pravidelných intervalech, na kterých se domluvíte s Vaším lékařem.
- **Dálková kontrola implantovaného přístroje neslouží k diagnostice a léčbě akutních či život ohrožujících stavů a nenahrazuje vyšetření u lékaře. Pokud máte obtíže či jste prodělali bezvědomí, je nutno volat lékařskou záchranou službu.**
- Dálková kontrola implantovaného přístroje neumožňuje přeprogramování či vypnutí implantovaného přístroje.
- Přejídný výpadek napájení či nedostupnost dálkové monitorace nemá vliv na funkci implantovaného přístroje.
- Při správné funkci implantovaného přístroje umožňuje dálková kontrola snížit počet kontrol v implantačním centru na 1 kontrolu ročně.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Nejsou.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Standardní ambulantní kontroly v implantačním centru.

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:*

Předpokládaná doba hospitalizace: není nutná hospitalizace či prodloužení stávající hospitalizace.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): není nutná pracovní neschopnost.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života a předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou.

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

- Není nutný specifický režim.
- Není nutno se trvale vyskytovat v dosahu jednotky.
- Pokud je jednotka nefunkční, dojde k výpadku napájení nebo se v noci nenacházíte v dosahu jednotky, budou data odeslána až při dalším úspěšném spojení jednotky s implantovaným přístrojem, resp. zapnutí Vašeho chytrého telefonu a navázáním spojení mezi ním a Vaším implantátem.

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.

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, 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 lékaři 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, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

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

Podpis pacienta /zákonného zástupce

Předání monitoru: Já, níže podepsaný potvrzuji, že jsem od ošetřujícího lékaře převzal patientský monitor, který je nepoškozený a bez vad, a zavazuji se jej užívat výlučně v souladu s jeho určením podle pokynů a doporučení zdravotnického personálu a v souladu s návodem k použití. Zároveň prohlašuji, že jsem byl předávajícím řádně proškolen o používání patientského monitoru.

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

Podpis pacienta /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

* 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.