INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ELEKTRICKÁ KARDIOVERZE (ELEKTROKARDIOVERZE)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Elektrokardioverze je metoda sloužící k odstranění arytmie (nesprávného srdečního rytmu). Arytmie může být příčinou dušnosti, stavů slabosti až bezvědomí, bušení srdce, nižší výkonnosti nebo mozkové mrtvice. Pokud to stav srdce a celého organizmu dovoluje, je proto vhodné arytmii odstranit. Výkon je prováděn v krátkodobé celkové anestezii (uspání). Elektrokardioverze spočívá v aplikaci elektrického výboje elektrodami přitisknutými na hrudník. Tento výboj v příznivém případě vede k odstranění arytmie a obnovení normálního srdečního rytmu.

Metoda je velmi bezpečná s minimálním množstvím komplikací. Aplikace elektrického výboje může vést k lehkému podráždění pokožky. Dále může vést výboj ke změně typu arytmie s potřebou jiné léčby. Anestezie může vést k přechodné poruše dýchání s potřebou zajištění dýchání s využitím pomůcek. Proto je zákrok prováděn na jednotce intenzivní péče, kde je k dispozici potřebné vybavení a lékaři a sestry jsou školení ve zvládání těchto situací.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jen někdy lze zkoušet odstranit arytmii pomocí léků, ale s menší nadějí na úspěch. Někdy je možné dobře snášenou arytmii ponechat bez snahy o odstranění. V některých situacích je naopak potřeba provést elektrokardioverzi co nejdříve kvůli nepříznivému působení arytmie na srdeční výkon.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Minimálně 4 hodiny před výkonem je nutné nejíst, nepít a nekouřit.

Před samotným výkonem Vám bude zavedena tenká plastiková nitrožilní kanyla, která slouží během výkonu k podání léků pro navození celkové krátkodobé anestezie.

Výkon se provádí na lůžku vleže na zádech nebo na boku s připojením na monitor sledující životních funkce. Po nástupu celkové anestezie se přiloží do oblasti hrudní kosti a na levou stranu dvě elektrody defibrilátoru, mezi kterými projde elektrický výboj. Elektrický výboj zruší veškerou elektrickou aktivitu srdce, včetně patologického rytmu a dá příležitost ke znovu nastolení normálního srdečního rytmu.

Výkon trvá cca 10 minut.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Jíst, pít a volně se pohybovat je možné většinou nejdříve 1 hodinu po odeznění anestezie. Opuštění oddělení je většinou možné až po 4 hodinách. Pacient by měl mít doprovod na cestu domů, neměl by řídit následujících 24 hodin motorové vozidlo, kolo, obsluhovat jakýkoliv stroj,

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

používat ostré a nebezpečné předměty (pila, sekačka apod.) a pracovat ve výškách.

Nepijte alkoholické nápoje, nečiňte žádná významná rozhodnutí po dobu 24 hodin po anestezii, jsou právně neplatná. Neplánujte si delší cesty nebo náročná zasedání či schůzky. Můžete být po dobu jednoho týdne rychleji unaveni.

Při drobných zdravotních obtížích se obraťte na svého ošetřujícího lékaře, v případě závažných obtíží (poruchy vědomí, dechu, krvácení apod.) volejte Zdravotnickou záchrannou službu, telefonní číslo: 155.

Další potřebná léčba:

Podle stavu pacienta jsou následně podávána antiarytmika a antikoagulační (protisrážlivé) léky a zvažována radiofrekvenční ablační léčba (pomocí katétrů zavedených do srdce). Přesněji budete informováni ošetřujícím lékařem podle povahy Vašeho onemocnění.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

podpis pacienta / zákonného zástupce *jméno, příjmení a podpis lékaře*

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

INFORMOVANÝ SOUHLAS

verze číslo: Zadejte číslo platnost od: Zadejte datum. tisk: Doplňte