Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F-PM -3/28
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZAŁOŻENIE ELEKTRODY DO CZASOWEJ STYMULACJI SERCA	Wydanie II z dnia 21.02.2020
		Strona **1** z **3**

Informacja dla Pacjenta

IMPLANTACJA ELEKTRODY DO CZASOWEJ STYMULACJI WEWNĄTRZSERCOWEJ

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: ……

NUMER HISTORII CHOROBY: ……

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA.

Zabieg implantacji elektrody do czasowej stymulacji wewnątrzsercowej, jest postępowaniem leczniczym przeprowadzonym u pacjentów z niebezpiecznie wolną czynnością serca, pozostających
w stanie bezpośredniego zagrożenia, u których nie jest możliwe w najbliższym czasie implantowanie rozrusznika stałego lub, u których zaburzenia rytmu serca uważane są za przejściowe.
Zabieg implantacji elektrody do czasowej stymulacji wykonuje się jedynie u chorych,
u których nie jest możliwe usunięcie zaburzeń przewodnictwa innymi metodami. Przywrócenie właściwej częstości pracy serca służy wyrównaniu wydolności układu krążenia, zmniejszeniu duszności i poprawie komfortu życia chorego.

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA.

Pacjent nie powinien przyjmować żadnych pokarmów i napojów przez 6 godz. przed zabiegiem. W dniu zabiegu dopuszcza się przyjęcie stale przyjmowanego leku (po konsultacji z lekarzem prowadzącym) z małą ilością wody. Przygotowanie pacjenta kończy wygolenie
i wstępne wyjałowienie okolicy planowanego pola operacyjnego. Następnie Pacjentowi zostaje podany łagodny środek uspokajający.

3. PRZEBIEG BADANIA.

Zabieg przeprowadzany jest w warunkach intensywnego nadzoru kardiologicznego. Wprowadzenie elektrody do czasowej stymulacji wewnątrzsercowej poprzedzone jest implantacją do żyły podobojczykowej, żyły udowej lub żyły szyjnej wewnętrznej specjalnej koszulki naczyniowej. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTAPIENIA POWIKŁAŃ.

Zabieg implantacji elektrody do czasowej stymulacji obarczony jest ryzykiem wystąpienia powikłań, wśród których najpoważniejsze to:

- nagłe zatrzymanie krążenia,
- perforacja (przebicie) serca, z krwawieniem do worka osierdziowego,
- częstoskurcz komorowy,
- zapalenie wsierdzia,
- odma opłucnowa,
- powikłania infekcyjne miejscowe.

Powyższe powikłania zdarzają się rzadko, ale należy liczyć się z możliwością ich wystąpienia Prosimy, aby Pani /Pan zapytał (a) nas o wszystko, co chciałaby Pani /Pan wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani/Pana pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA, CO DO PROPONOWANEGO BADANIA IMPLANTACJI ELEKTRODY DO CZASOWEJ STYMULACJI WEWNĄTRZSERCOWEJ

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu	Formularz	F-PM -3/28
	ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZAŁOŻENIE ELEKTRODY DO CZASOWEJ STYMULACJI SERCA	Wydanie II z dnia 21.02.2020
		Strona **3** z **3**

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i niebudzący żadnych wątpliwości.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem ……
…
spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat dających się przewidzieć następstwach zastosowania wspomnianego wyżej badania albo ewentualnych skutkach jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Bez zastrzeżeń
(lub z powyższymi zastrzeżeniami)
Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie u mnie
implantacji elektrody do czasowej stymulacji wewnątrzsercowej.

Data pieczątka i podpis lekarza · czytelny podpis pacjenta

Czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

Nie zgadzam się na proponowane mi
implantacji elektrody do czasowej stymulacji wewnątrzsercowej
Zostałam/em w pełni poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data pieczątka i podpis lekarza · czytelny podpis pacjenta

czytelny podpis uprawnionego opiekuna*

UWAGA:
** W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.*

Wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści są zastrzeżone. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.