

Repozice elektrody

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Bydliště:

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o repozici elektrody kardiostimulačního systému.

Před zákrokem budete lékařem informován(-a) o důvodech a způsobu jeho provedení, možných komplikacích i o dalším postupu léčby. Toto poučení Vám má podat základní informace a být návodem k případným dotazům.

Co je repozice elektrody?

Jedná se o operační zákrok, během kterého je nutné opravit pozici (změnit umístění) implantované elektrody, která nefunguje tak, jak by měla.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem repozice je nefunkční stimulace, nebo významná změna elektrických parametrů elektrody. Příčinou může být uvolnění elektrody z původního umístění, její mechanické poškození, nebo porucha přenosu elektrické energie v místě inserce elektrody (např. kvůli jizvě srdeční tkáně).

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem musíte být 6 hodin lační, tzn. nepřijímat tuhou stravu. Příjem tekutin (hořký čaj, voda) ukončit 2 hodiny před zákrokem. Ohledně užívání/vysazení léků proti srážlivosti krve a proti arytmií Vás bude informovat odesílající lékař. O všech aktuálních nebo nových zdravotních skutečnostech informujte lékaře.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon je prováděn na arytmologickém operačním sále za sterilních podmínek (dezinfekce a sterilní krytí) okolí operačního prostoru, v lokální anestezii (místní znecitlivění) většinou v oblasti jizvy původního implantátu. Někdy se aplikují i analgosedativní léky na přechodné snížení bdělosti a utlumení stresu.

Provede se malý řez v kůži a pomocí speciálního instrumentária a za RTG kontroly je elektroda přemístěna na jiné, optimální místo. Rána je ošetřena většinou samovstřebávacími stehy. V případě použití nevstřebatelných šicích materiálů se stehy odstraňují za cca 10 dní. Místo je ošetřeno a překryto sterilním krytím.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Výskyt komplikací je vzácný, avšak vzhledem k tomu, že se jedná o invazivní zákrok, nedají se zcela vyloučit. Nejčastější je **krvácení** se vznikem hematomu v místě operační rány. Krvácení je většinou nezávažné a hematom se spontánně vstřebává. **Je možná alergická reakce** na dezinfekci nebo podané anestetikum. Event. infekční komplikace v místě operační rány či tkáně okolo lze vyléčit podáním antimikrobních přípravků/ATB/. Výjimečně může dojít k opětovné dislokaci reponované elektrody.

Případnou vzácnou komplikací může být i přítomnost tekutiny v osrdečníku (tzv. srdeční tamponáda) s nutností hospitalizace na kardiologické JIP a nutností její drenáže (tzv. perikardiocentéza).

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Jedná se o zákrok, kdy je doporučována minimálně jednodenní hospitalizace. Po výkonu se pacient vrací na kardiologické lůžkové oddělení, jsou u něj monitorovány vitální funkce, tlak krve, tepová frekvence, množství kyslíku v těle (tzv. saturace), EKG. Ještě před propuštěním do ambulantní péče (většinou ještě na operačním sále) je kardiostimulátor naprogramován a pacient poučen. Kontroluje se záznam 12-ti svodného EKG s a bez magnetu, proběhne převaz operační rány, případně konzultace s lékařem. Po propuštění je pacient pozván na ambulantní kontrolu. Přechnodně může být pacientovi nedoporučeno řízení motorových vozidel.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):

popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře