

Revize operační rány po implantaci kardiostimulátoru

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 revize operační rány.

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 revize operační rány po implantaci kardiostimulátoru?

Jedná se o operační zákrok, kdy je nutné otevřít operační ránu a provést její revizi, z níže uvedených důvodů. Jde o situaci, kdy jsou vyčerpané možnosti konzervativního postupu.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Jedná se o sekundární chirurgický zákrok za účelem kontroly, ošetření či odstranění komplikací, které mohou být následující:

Trvající / pokračující krvácení (žilní, tepenné) do kapsy/tkáně po implantaci trvalého kardiostimulátoru, hematom – hromadění krve nebo tkáňové tekutiny v ráně.

Úprava (plastika) kapsy po zavedení trvalého kardiostimulátoru.

Infekce rány – hnisání, zarudnutí, otok, sekrece.

Dehiscence rány – rozpad nebo rozevření operační rány.

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 arytmiologickém 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 kůží a podkoží, aby se zjistilo, odkud pochází zdroj krvácení. Tento se ošetří a krvácení zastaví. Někdy je ránu nutno vypláchnout dezinfekčním roztokem nebo aplikovat antibiotikum přímo do kapsy po implantaci trvalého kardiostimulátoru.

Rána je pak sešita stehy, většinou vstřebatelnými, které se odstraní cca za 10-14 dnů. Místo je dezinfikováno 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 **pokračující 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 rán či tkáně okolo lze vyléčit podáním antimikrobních přípravků/ATB/.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Jedná se o zákrok, po kterém je doporučena následná krátká observace na monitoru, někdy i jednodenní hospitalizace. Po výkonu se pacient vrací na kardiologické lůžkové oddělení, kde jsou monitorovány jeho vitální funkce, tlak krve, okysličení krve kyslíkem, tepová frekvence, EKG, příp. zánětlivé markery v krevních odběrech. Ještě před propuštěním do ambulantní péče proběhne kontrolní 12-ti svodné EKG s a bez magnetu, převaz operační rány a po propuštění je pacient pozván na ambulantní kontrolu. Přechodně 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 vysvětluje 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