



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE ZABIEGU ABLACJI

1. RODZAJ SCHORZENIA ZGODNIE Z ROZPOZNANIEM LUB PODEJRZENIEM WSKAZANIE DO LECZENIA OPERACYJNEGO:

.....
.....

2. PROPONOWANY ZABIEG ABLACJI (OPIS, PRZEBIEG):

Każdy zabieg ablacji poprzedzony jest badaniem elektrofizjologicznym.

W sali zabiegowej zostanie Pan/i podłączony/a do szeregu urządzeń kontrolujących pracę serca i ciśnienie krwi. Okolice pachwin (czasami szyi/obojczyka) zostaną zdezynfekowane i pokryte jałowymi serwetkami. Lekarz znieczuli te miejsca, a następnie wprowadzi do żył lub/i tętnic specjalne rurki zwane koszulkami. Zwykle stosowane są 2-3 koszulki, wprowadzane przez żyły/tętnice udowe - czasem dodatkowo przez żyłę szyjną wewnętrzną (patrz rysunek). Następnie przez koszulki wprowadza się elektrody/cewniki pod kontrolą obrazu RTG w określone miejsca serca. Elektrody/cewniki łączy się z komputerem, co umożliwia ocenę elektrycznej czynności serca i dokładne zlokalizowanie miejsc, które są źródłem arytmii. W czasie zabiegu serce może być pobudzane do szybszej pracy, co zazwyczaj odczuwane jest przez pacjentów, jako kołatanie lub szybkie bicie serca. Czasami w czasie zabiegu podawane są różne leki w celu sprawdzenia ich wpływu na pracę serca. W niektórych przypadkach konieczne jest także krótkotrwale znieczulenie ogólne w celu wykonania kardiowersji/defibrylacji (przerwanie arytmii za pomocą defibrylatora). Czas trwania zabiegu jest różny u różnych pacjentów (zwykle około 2-4 godzin). Po zakończonym zabiegu wykonywane jest ponownie badanie elektrofizjologiczne, aby ocenić wynik zabiegu. Ablacja jest zabiegiem stosowanym z powodzeniem od wielu lat w określonych zaburzeniach rytmu - w Polsce od 1992 roku.

3. CEL ZABIEGU ABLACJI:

- zlikwidowanie ogniska/ognisk arytmii serca,
- modyfikacja ogniska/ognisk arytmii serca,
- modyfikacja podłoża/substratu arytmii.

4. JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA:

Przez 6 godzin przed zabiegiem nie może Pan/i spożywać posiłków ani pić. **Uwaga:**

- jeżeli zażywa Pan/i jakieś leki na stałe, można je przyjąć popijając niewielką ilością wody,
- jeżeli przyjmuje Pan/i leki antyarytmiczne, lekarz może poprosić o nie przyjmowanie tych leków przez określony czas przed ablacją.

Przed zabiegiem należy dokładnie ogolić okolice obu pachwin - w tych miejscach wprowadzone zostaną koszulki a następnie elektrody.

5. O CZYM NALEŻY POINFORMOWAĆ LEKARZA PRZED BADANIEM:

O rozpoznanych/leczonych/przebytych chorobach, a w szczególności:

- astmie oskrzelowej,
- udarze mózgu i przemijających epizodach niedokrwiennych (TIA)
- spastycznym zapaleniu oskrzeli,
- o alergiach, a szczególnie na leki, środki cieniujące i odkażające



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

Nałęczów, dnia

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

- chorobie wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, - zakrzepicy żył kończyn dolnych lub górnych,
- zatorowości płucnej, - przebyłym krwawieniu z przewodu pokarmowego lub innych narządów
- **Kobiety w ciąży bezwzględnie muszą informować lekarza o swoim stanie!**

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA:

7. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA DOLEGLIWOŚCI W CZASIE I PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU ABLACJI

- ukłucie igły i dyskomfort w czasie podawania znieczulenia miejscowego,
- dyskomfort w czasie wprowadzania elektrod/cewników przez żyły do serca,
- kołatanie serca, nierówne bicie serca, silne uderzenia serca, dyskomfort w klatce piersiowej, co może być związane z pobudzeniem serca impulsami elektrycznymi,
- kołatanie serca, nierówne bicie serca, silne uderzenia serca, skok lub spadek ciśnienia tętniczego, co może być związane z działaniem leków,
- duszność, dyskomfort w klatce piersiowej, utrata przytomności przy wyzwoleniu arytmii,
- duszność, dyskomfort lub ból w czasie ablacji RF (prądem o częstotliwości radiowej),
- ból głowy, ból żuchwy, ból zębów w czasie krioablacji ("niszczenie zimnem").

W czasie zabiegu serca pacjent jest przytomny. Prosimy zgłaszać wszelkie występujące dolegliwości lekarzowi/lekarzom przeprowadzającemu zabieg. Po zabiegu i usunięciu elektrod/cewników oraz koszulek z żył, założony będzie opatrunek/ opatrunki uciskowe w miejscu wkłucia/wkłuć, który będzie utrzymany zwykle 3-4 godziny. Uruchomienie pacjenta po zabiegu rozpoczyna się zwykle po 6-8 godzinach. Przez pierwsze 10-14 dni po zabiegu, zalecamy ograniczenie wszelkich wysiłków fizycznych, które zwiększałyby ryzyko wystąpienia krwawienia z miejsca/miejsc wkłucia. Bliższych wskazówek udzieli lekarz wykonujący zabieg, jak również lekarz prowadzący w dniu wypisu z Kliniki.

8. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA W CZASIE I PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU ABLACJI:

- ryzyko powstania krwiaka, przetoki tętniczo-żylną lub tętniaka rzekomego w miejscu wprowadzania elektrod do naczyń krwionośnych. Ilość krwi, która przedostanie się do tkanek może być tak duża, że niezbędne będzie przetoczenie krwi, lub preparatów krwiozastępczych.
- wprowadzenie elektrod do serca niesie ze sobą ryzyko przebicia serca i gromadzenia się krwi wokół serca. Zwykle otwór taki zamyka się samoistnie, a krew tą można usunąć igłą. Może się jednak zdarzyć, że powstały otwór będzie wymagał zaszycia operacyjnego (prawdopodobieństwo takiego powikłania jest mniejsze niż 0,5%),
- ryzyko uszkodzenia zastawek serca, co może wymagać zabiegu chirurgicznego wymiany uszkodzonej zastawki (pojedyncze przypadki),
- ryzyko uszkodzenia w czasie ablacji węzła przedsionkowo-komorowego i w takim przypadku niezbędne może się okazać wszczęcie układu stymulującego (ryzyko takiego powikłania jest mniejsze niż 1%),
- ryzyko powstania zakrzepu na cewniku/elektrodzie lub w koszulce, czemu przeciwdziała podawana heparyna, zwiększająca jednakże ryzyko krwawienia. Powstały zakrzep może być przyczyną udaru mózgu, zawału mięśnia serca, lub uszkodzenia innych organów. Ryzyko powstania tego rodzaju powikłań jest mniejsze niż 0,5%,



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

Nałęczów, dnia

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

- ryzyko wprowadzenia infekcji. Zmniejszamy niebezpieczeństwo infekcji dzięki profilaktycznemu stosowaniu antybiotyków,
- w czasie nakłucia przegrody między-przedsionkowej możliwe jest ryzyko nakłucia ściany serca, aorty lub innych struktur, co może wymagać zabiegu kardiochirurgicznego,
- ryzyko przetoki przedsionkowo-przelykowej, w przypadku ablacji w lewym przedsionku (opisano pojedyncze przypadki)
- ryzyko związane z promieniami Roentgena. Promieniowanie Roentgena zwiększa również ryzyko wystąpienia nowotworów (około 0,1% w ciągu całego życia) i może uszkodzić komórki rozrodcze. Ryzyko wystąpienia wad u dziecka poczętego po ablacji jest o 0,0002% większe.
- ryzyko reakcji alergicznej na leki używane w czasie zabiegu,
- ryzyko zgonu.

9. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZAKRESU ZABIEGU W CZASIE JEGO WYKONYWANIA:

W trakcie zabiegu, jego przebieg, warunki anatomiczne oraz zmiany chorobowe mogą wymusić zmianę jego zakresu dla uzyskania najlepszej skuteczności leczenia. Ich przeprowadzenie wymaga wyrażenia zgody przed zabiegiem dla uniknięcia konieczności ponownego zabiegu w późniejszym czasie, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla zdrowia. Szczegółowe informacje o zmianach w stosunku do pierwotnego planu leczenia zostaną przekazane w czasie zabiegu lub, u pacjentów nieprzytomnych, w możliwie najwcześniejszym czasie po zabiegu.

Przewidziana możliwość zmiany/rozszerzenia zakresu zabiegu:

- konieczność wykonania dodatkowych wkluć do żył/tętnic i wprowadzenia dodatkowych elektrod/cewników do serca
- konieczność wykonania nakłucia trans-septalnego
- konieczność wykonania kardiowersji/defibrylacji
- konieczność wykonania nakłucia worka osierdziowego
- inne

10. ROZMOWA Z LEKARZEM KIERUJĄCYM NA BADANIE:

Prosimy, aby Pan/Pani zapytał/a nas o wszystko co chciałby/łaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Pana/ Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale/ Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/ Pani pytania.

11. OŚWIADCZENIE PACJENTA/PACJENTKI:

W pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem

(imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji - Klinika)

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi. Po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmową wyjaśniającą z lekarzem **oświadczam, że jestem w pełni poinformowany/poinformowana co do:**

- mojego stanu zdrowia i postawionego rozpoznania,
- proponowanego zabiegu oraz alternatywnych metod postępowania,
- spodziewanych wynikach zabiegu,
- rokowań,
- ryzyka powikłań w trakcie i po przeprowadzeniu zabiegu, których jestem w pełni świadomy/a.

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

oraz

1) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

.....
jak również na jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu.

Data oraz pieczętka i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ust.

.....

.....

2) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

.....
Zgoda nie obejmuje ewentualności zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu.

.....
Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data oraz pieczętka i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ust.

.....

.....

3) Nie wyrażam zgody na proponowany zabieg

.....
Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data oraz pieczętka i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ust.

.....

.....

4) Podpisanie formularza przez pacjenta/pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....

.....

.....

Data oraz pieczętka i podpis lekarza

...

.....