



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 ZABIEG WSZCZEPZENIA KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA(ICD)

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

.....

.....

.....

2. METODY LECZENIA (W TYM ALTERNATYWNE DO PROPONOWANEGO):

WSZCZEPZENIE KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA (ICD)

Farmakoterapia, jako metoda alternatywna, nie zabezpiecza przed skutkami komorowych zaburzeń rytmu serca prowadzących do nagłego zatrzymania krążenia.....

3. PROPONOWANE LECZENIE (OPIS, PRZEBIEG):

Zabieg zostanie przeprowadzony w sali operacyjnej/zabiegowej w znieczuleniu miejscowym. Na czas zabiegu będzie Pan/Pani podłączony/a do urządzeń rejestrujących pracę serca. Następnie, po odkażeniu skóry w okolicy pod lewym obojczykiem (najczęściej) i przykryciu pola operacyjnego jałowym obłożeniem operacyjnym, skóra i tkanki otaczające zostaną znieczulone. Po nacięciu skóry do żyły podobojczykowej lub pachowej zostaną wprowadzone tzw. koszulki naczyniowe. Przez te koszulki, zostaną wprowadzone do serca, pod kontrolą obrazu rentgenowskiego, elektrody/elektroda i stabilnie przymocowane do ściany odpowiedniej jamy serca (przedsionka lub/i komory). Po połączeniu elektrody/elektrod z kardiowerterem-defibrylatorem zostanie on umieszczony w specjalnie wytworzonej kieszonce (łoży) pod skórą na mięśniu piersiowym (w niektórych przypadkach pod mięśniem), po czym rana zostanie zaszyta. Przy prawidłowym gojeniu się rany chory może zostać wypisany do domu po kilkunastu godzinach.

4. CEL PROPONOWANEGO LECZENIA:

Kardiowerter-defibrylator to jedyne urządzenie, które przerywa komorowe zaburzenia rytmu prowadzące do nagłego zatrzymania krążenia i nagłej śmierci sercowej. Bez tego urządzenia osoba, u której wystąpi nagłe zatrzymanie akcji serca ma niewielkie szanse na przeżycie.

5. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU:

- | | |
|----------------------------------|---|
| - krwiak w miejscu zabiegu | - uszkodzenie ściany serca |
| - infekcja łoży stymulatora | - uszkodzenie zastawek serca |
| - infekcyjne zapalenie wsierdzia | - zakrzepica żyły podobojczykowej |
| - odma opłucnej | - zaburzenia rytmu serca |
| - krwiak opłucnej | - dyslokacja (przemieszczenie elektrod) |

6. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZAKRESU ZABIEGU W CZASIE JEGO WYKONANIA:



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:

W związku z możliwością stwierdzenia w czasie zabiegu operacyjnego zmian chorobowych lub anomalii anatomicznych może zajść konieczność zmiany zakresu zabiegu dla uzyskania jego najlepszej skuteczności. Warunkiem przeprowadzenia takiej zmiany jest wyrażenie zgody przed zabiegiem. W innym przypadku zachodziłaby konieczność powtórnego zabiegu w późniejszym terminie co wiązałoby się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i stanowiło dodatkowe obciążenie dla zdrowia. Szczegółowe informacje o zmianach w stosunku do pierwotnego planu leczenia zostaną przekazane w możliwie najwcześniejszym czasie w trakcie lub po zabiegu.

7. ROZMOWA Z LEKARZEM:

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.

8. 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 - OKI Ikardia Sp. z o.o.)

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:**

- proponowanej i alternatywnych metod diagnostycznych,
- przebiegu badania,
- spodziewanych rezultatów badania,
- **ryzyka powikłań w trakcie przebiegu badania i po jego przeprowadzeniu, których jestem w pełni świadomy/a**

oraz

1) Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu:

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

.....
Data oraz pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki



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:

2) Wyrażam zgody 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 oraz przebiegu dalszego leczenia.

.....
Data oraz pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki

3) Nie wyrażam zgody na proponowany zabieg:

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

.....
Data oraz pieczętka i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki

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

.....
.....
.....
Data oraz pieczętka i podpis lekarza