



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 WYMIANY KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA(ICD)

1. RODZAJ SCHORZENIA ZGODNIE Z ROZPOZNANIEM LUB PODEJRZENIEM:

.....

.....

.....

.....

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

WYMIANA KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA (ICD)

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 i przykryciu pola operacyjnego jałowym obłożeniem operacyjnym, skóra i tkanki otaczające kardiowerter-defibrylator zostaną znieczulone. Po nacięciu skóry kardiowerter-defibrylator zostanie wyjęty z łoży. Elektroda/y zostaną odkręcone od starego kardiowertera-defibrylatora a następnie połączone z nowym urządzeniem. Nowy kardiowerter-defibrylator zostanie włożony w dotychczasową łożę a rana zaszyta. Przy prawidłowym gojeniu się rany chory może zostać wypisany do domu po kilkunastu godzinach.

4. CEL PROPONOWANEGO LECZENIA:

Wymiana wyczerpanego kardiowertera-defibrylatora

5. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU:

- krwiak w miejscu zabiegu
- infekcja łoży kardiowertera-defibrylatora
- infekcyjne zapalenie wsierdzia

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



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:

W związku z możliwością stwierdzenia w czasie zabiegu operacyjnego zmian chorobowych lub nieprawidłowości w zakresie układu stymulującego może zająć 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.

Przewidziana możliwość zmiany/rozszerzenia zakresu zabiegu;

- reperacja elektrody w przypadku stwierdzenia jej uszkodzenia
- wymiana elektrody w przypadku stwierdzenia jej uszkodzenia
- wszczepienie dodatkowej elektrody w przypadku konieczności zmiany rodzaju stymulacji z jednojamowej na dwujamową

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 pieczęć 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