



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 KARDIOWERSJI ELEKTRYCZNEJ

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

migotanie przedsionków / trzepotanie przedsionków / częstoskurcz nadkomorowy / częstoskurcz komorowy

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

Kardiowersja farmakologiczna / elektryczna

3. PROPONOWANE LECZENIE (OPIS, PRZEBIEG)

Kardiowersja elektryczna to zabieg, podczas którego prąd elektryczny przepływa przez elektrody umieszczone na powierzchni klatki piersiowej. Zaproponowany Pani/Panu zabieg wykonuje się w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym trwającym około 5 minut. Znieczulenie ogólne polega na podaniu leków koniecznych do przeprowadzenia kardiowersji. Podczas trwania zabiegu stale monitorowane są ważne parametry życiowe oraz natychmiast leczone powikłania, gdyby takie wystąpiły. Po wstępnym przygotowaniu (ułożenie na łóżku, założenie wkłucia dożylnego, podłączenie wlewu kroplowego soli fizjologicznej, przyklejenie elektrod monitora EKG, założenie na rękę mankietu do pomiaru ciśnienia itp.) podaje się lek usypiający. Po potwierdzeniu jego działania będzie przeprowadzona kardiowersja.

4. CEL PROPONOWANEGO LECZENIA:

Kardiowersja jest metodą przywracania prawidłowego rytmu serca - rytmu zatokowego/ stymulatorowego. Przekątkowa kardiowersja elektryczna jest obecnie podstawową niefarmakologiczną metodą przywracania rytmu zatokowego u chorych z przetrwałym lub niedawno rozpoznany migotaniem przedsionków/ trzepotaniem przedsionków/ częstoskurczem przedsionkowym/ częstoskurczem komorowym. Może być stosowana samodzielnie lub w połączeniu z lekami przeciwykrztynnymi.

5. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM ZABIEGU:

- pieczenie skóry po przyłożeniu elektrod.

Maksymalna częstość powikłań nie przekracza 1-2%. U pacjentów z zaburzeniami rytmu serca szczególnie migotaniem przedsionków możliwym powikłaniem jest udar niedokrwieny mózgu, który może wystąpić po przywróceniu rytmu zatokowego. W celu zmniejszenia ryzyka udaru mózgu stosuje się leczenie przeciwzakrzepowe (Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Xarelto, Pradaxa, Eliquis). W przypadkach szczególnie wysokiego ryzyka udaru mózgu proponujemy wykonanie badania echokardiograficznego przezprętykowego. U niektórych chorych może zaistnieć potrzeba założenia rurki intubacyjnej i prowadzenia czasowej wentylacji mechanicznej. U pacjentów z bardzo zaawansowaną chorobą serca i zaburzeniami rytmu serca może wystąpić zgon pomimo próby uzyskania poprawy kardiowersją elektryczną.



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:

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

Dalsze leczenie farmakologiczne

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 - 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:

- rozpoznania,
- proponowanego zabiegu oraz alternatywnych metod postępowania,
- spodziewanych wynikach zabiegu,
- rokowań,
- ryzyka powikłań, których jestem w pełni świadomy.

Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

.....

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 pieczęć 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.



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:

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

...

.....