



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5\_PJ16\_F36

**ZGODA NA WYMIANĘ/USUNIĘCIE KARDIOSTYMULATORA/KARDIOWERTERA**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania.**

Zostanie Pan/Pani poddany(a) zabiegowi usunięcia/wymiany kardiostymulatora/kardioweretra serca. Stymulator jest urządzeniem elektronicznym koniecznym, gdy serce bije za wolno. Pozwala on na przyspieszenie czynności serca do określonej częstości np. 70/minutę. Kardiowerter jest urządzeniem elektronicznym wszczepianym u chorych zagrożonych wystąpieniem groźnych dla życia arytmii-częstoskurczu komorowego lub migotania komór. Urządzenie wykonuje to poprzez szybką stymulację (nie odczuwaną przez pacjenta) lub wyładowanie prądu (odczuwane jako nieprzyjemne uderzenie w klatkę piersiową). U wybranych pacjentów, którzy tego wymagają pozwala on na przyspieszenie czynności serca do określonej częstości np. 70/minutę. Kardiowerter lub stymulator ma wielkość zbliżoną do pudełka od zapalek. Połączone one są specjalnym przewodem elektrycznym zwanym elektrodą, który umieszczona jest w sercu. Zależnie od wskazań lekarskich w sercu umieszcza się jedną elektrodę (w prawym przedsionku lub prawej komorze) lub dwie elektrody (w prawym przedsionku lub prawej komorze). Zabieg rozpoczyna się po podaniu leków znieczulających skórę i tkankę podskórną, nacięciem skóry w okolicy podobojczykowej w okolicy implantowanego urządzenia, otwarciem łoży i wypreparowaniem implantu. Elektrody odłącza się od urządzenia, następnie przeprowadza się niezbędne pomiary elektrofizjologiczne. Po czym nowe urządzenie wszczepia się do istniejącej łoży, łączy się z elektrodą/elektrodami, a następnie ranę zaszywa się warstwowo szwami chirurgicznym. W niektórych sytuacjach zdrowotnych konieczne może być całkowite usunięcie urządzenia oraz elektrod wewnątrzsercowych.

**3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.**

Implantacja układu stymulującego ma na celu zapobieganie nadmiernemu zwolnieniu akcji serca, natomiast implantacja kardiowertera/defibrylatora pozwala na terapię złożonych form arytmii serca. Wymiana urządzenia służy przywróceniu prawidłowego funkcjonowania układu stymulującego. W pewnych sytuacjach klinicznych niezbędne jest usunięcie trwałe lub czasowe urządzenia.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

#### 4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.

Pacjent do zabiegu powinien być na czczo co najmniej 6h. Kąpiel z zastosowaniem środka antyseptycznego. Bezpośrednio po zabiegu należy przez 12-24h leżeć ( w zależności od wskazań) z opatrunkiem i obciążnikiem, w celu ograniczenia prawdopodobieństwa krwawienia z rany. Przez około 3 miesiące należy unikać gwałtownych ruchów ręką (wymachy) po stronie stymulatora, z uwagi na możliwość przemieszczenia elektrod. W późniejszym okresie należy unikać nadmiernego obciążenia ręki z uwagi na napinanie i uszkodzenie elektrody. Przeciwwskazane jest przebywanie w zasięgu silnego pola elektromagnetycznego (spawarki elektryczne, stacje transformatorowe, generatory prądu). Używanie telefonu komórkowego jest bezpieczne, nie należy nosić telefonu blisko urządzenia (poniżej 15 cm). Nie należy przekraczać bramek kontrolnych na lotniskach międzynarodowych -po okazaniu dokumentu świadczącego o posiadaniu stymulatora serca/kardiowertera pacjent będzie przepuszczony obok nich.

#### 5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Najważniejszym powikłaniem, które może wystąpić po zabiegu to zwiększone krwawienie do loży urządzenia (1-5%), zwłaszcza jeśli stosowane są leki przeciwkrzepliwe (Warfin, Acenocumarol, NOAC) lub przeciwwpytkowe (Aspiryna, Acard, Polocard, Plavix, Areplex). Konieczne może być otwarcie rany i wyłukanie skrzepów krwi i ponowne zszywanie. Innym problemem może być pojawienie się stanu zapalnego w miejscu implantu, spowodowane infekcją lub reakcją organizmu na ciało obce. Może wówczas istnieć konieczność usunięcia urządzenia. U niektórych pacjentów w okresie odległym po zabiegu może być zaburzony odpływ krwi i chłonki z kończyny górnej, po stronie implantu. Konieczne jest stosowanie leczenia przeciwkrzepliwego, a w skrajnych przypadkach usunięcie bądź reimplantacja.

#### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Dysfunkcja lub brak urządzenia terapeutycznego wiąże się z zagrożeniem życia do zgonu włącznie w określonych sytuacjach klinicznych.

#### 7. Alternatywnych metodach leczenia.

brak

#### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

#### 9. Uwagi:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONA ZGODĘ\* na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* zaznacz właściwe

\*\* pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>