Wojewódzki Szpital Zespolony
im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie
ul. Szpitalna 45

Pracownia Elektrofizjologii i Kardiologii Inwazyjnej

INFORMACJA DLA PACJENTA

Wszczepienie układu stymulującego

Szanowna Pani / Szanowny Panie,

U Pani/Pana rozpoznano zaburzenia rytmu serca, które stanowią wskazanie do implantacji stymulatora serca. Stymulator jest niewielkim urządzeniem elektronicznym - ok. 35 × 25 × 6 mm, masa 25–30 g). Jego zadaniem jest monitorowanie pracy serca oraz — w razie potrzeby — pobudzanie go impulsami elektrycznymi, co umożliwia utrzymanie odpowiedniego, regularnego rytmu. Urządzenie to stosuje się u pacjentów z nadmiernie wolną lub nieregularną czynnością serca, a także w przypadku zaburzeń przewodzenia impulsów elektrycznych w sercu, które mogą prowadzić do obniżenia tolerancji wysiłku, zawrotów głowy, omdleń, a w skrajnych przypadkach do zagrożenia życia. Żywotność baterii stymulatora wynosi przeciętnie od 7 do 10 lat.

Decyzja o konieczności wszczepienia stymulatora została podjęta na podstawie wykonanych badań diagnostycznych i oceny dokonanej przez doświadczonych lekarzy kardiologów.

Zabieg implantacji stymulatora wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym, w warunkach sali zabiegowej, z zachowaniem zasad aseptyki, przez wykwalifikowany zespół medyczny obejmujący lekarza kardiologa, pielęgniarkę oraz technika, przy pełnym zabezpieczeniu sprzętowym i farmakologicznym.

W pierwszym etapie zabiegu do serca wprowadzana jest jedna lub dwie elektrody poprzez żyłę przebiegającą w okolicy podobojczykowej, metodą preparowania lub nakłucia, pod kontrolą aparatury rentgenowskiej o niskiej dawce promieniowania. W trakcie procedury często podaje się dożylnie środek kontrastowy, który umożliwia lepsze uwidocznienie przebiegu żyły i ułatwia prawidłowe wprowadzenie elektrod. Następnie w tkankach podskórnych tworzy się lożę (tzw. kieszonkę), w której umieszczany jest stymulator połączony z elektrodami. Zabieg kończy się zamknięciem loży za pomocą szwów chirurgicznych.

Opisywane w piśmiennictwie medycznym powikłania po implantacji stymulatora występują rzadko. Do najczęstszych należą:

1. przemieszczenie elektrody w sercu (około 1–3%), mogące wymagać ponownego zabiegu,
2. odma opłucnowa i/lub krwiak opłucnej (około 1,5%), czasem wymagające założenia drenażu,
3. krwiak w loży urządzenia (około 2%), sporadycznie wymagający interwencji chirurgicznej,
4. zakażenie loży urządzenia (około 0,5%), które może skutkować koniecznością usunięcia układu i ponownej implantacji po stronie przeciwnej,
5. wzrost progów stymulacji lub defibrylacji (około 0,25%), wymagający korekty lub wymiany elektrod,
6. perforacja ściany serca (poniżej 0,1%), mogąca wymagać interwencji kardiochirurgicznej lub drenażu,
7. zapalenie żył lub zakrzepica żylna, leczone farmakologicznie,
8. udar mózgu (poniżej 0,1%),
9. zgon (poniżej 0,1%), spowodowany skutkami wyżej wymienionych powikłań.
10. wystąpienie groźnych arytmii (poniżej 1%), które mogą wymagać leczenia farmakologicznego lub kardiowersji elektrycznej i mogą nasilać objawy niewydolności serca.

Po implantacji stymulatora konieczne będzie odbywanie regularnych wizyt kontrolnych w naszym Ośrodku.

Podczas zabiegów w naszym szpitalu zgodnie ze standardami sanitarno- higienicznymi i rozporządzeniami Ministra Zdrowia używany jest jednorazowego użytku, a narzędzia są sterylizowane najnowocześniejszymi metodami, zgodnie z obowiązującymi wymogami.

W razie wątpliwości lub pytań, które nasuną się po przeczytaniu tej informacji proszę skonsultować się z lekarzem prowadzącym lub wykonującym zabieg.

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

Na zabieg wszczepienia stymulatora

1. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu implantacji stymulatora serca.

2. Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z kartą informacyjną przeznaczoną dla pacjenta, zrozumiałem(am) jej treść oraz uzyskałem(am) wyczerpujące wyjaśnienia dotyczące celu, zakresu i sposobu wykonania planowanego zabiegu. Miałem(am) możliwość zadawania pytań, a wszystkie zgłoszone wątpliwości zostały mi jasno i zrozumiale wyjaśnione.

3. Zostałem(am) poinformowany(a) o aktualnym stanie mojego zdrowia, dostępnych metodach diagnostycznych i terapeutycznych, możliwych następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanych efektach leczenia oraz rokowaniu.

4. Przyjmuję do wiadomości i mam świadomość, że planowany zabieg wiąże się z ryzykiem wystąpienia określonych powikłań.

5. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.

6. Oświadczam, że w trakcie wywiadu lekarskiego oraz badania przedmiotowego przekazałem(am) pełne i prawdziwe informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, wykonanych badań oraz przebytych chorób i nie pominąłem(am) żadnych istotnych danych.

Nazwisko i imię pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta (drukowanymi literami)

Data Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta

Potwierdzam, że wytłumaczyłem naturę, cel i przewidywane efekty diagnostyki i leczenia, a także możliwe powikłania pacjentowi, którego nazwisko jest powyżej wydrukowane i wyraził(a) / nie wyraził(a)* On(a) zgodę(y) na wykonanie zabiegu.

Nazwisko i imię lekarza (drukowanymi literami)

Data Podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu

Data Podpis pacjenta / Przedstawiciela ustawowego pacjenta

*Niepotrzebne skreślić

Ocena ryzyka związanego z zabiegiem – skala ASA

I	II	III	IV	V

Właściwe oznaczyć X (legenda na odwrocie) tylko w przypadku zastosowania jakiegokolwiek znieczulenia

Legenda:

Skala ASA

I	pacjent zdrowy
II	pacjent z łagodnym schorzeniem układowym, nie mającym wpływu na normalne funkcjonowanie
III	pacjent z ciężkim schorzeniem układowym, ograniczającym normalne funkcjonowanie
IV	pacjent z bardzo ciężkim schorzeniem układowym, które jest ciągłym zagrożeniem dla życia
V	pacjent umierający, który nie przeżyje bez operacji