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

Pracownia Elektrofizjologii i Kardiologii Inwazyjnej

INFORMACJA DLA PACJENTA

Wymiana urządzenia i/lub elektrody

SZANOWNA PANI / SZANOWNY PANIE,

Stwierdzono u Pana/Pani nieprawidłowe funkcjonowanie wszczepionego stymulatora serca/ ICD/ CRT-D / CRT-P, polegające na:

A. wyczerpaniu baterii urządzenia, wymagającym wymiany urządzenia na nowy,

B. uszkodzeniu lub nieprawidłowej pracy elektrody, co może wiązać się z koniecznością implantacji dodatkowej elektrody,

C. innych nieprawidłowościach: ……

Planowany zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym i polega na ponownym otwarciu loży (tzw. kieszonki) urządzenia. Po ocenie parametrów pracy elektrod nowe urządzenie zostaje podłączone do istniejącego układu. W przypadku stwierdzenia podczas śródzabiegowej kontroli nieprawidłowych parametrów elektrycznych wcześniej wszczepionej elektrody lub elektrod, może zaistnieć konieczność implantacji nowej elektrody, w sposób analogiczny do procedury pierwotnej. W tym celu wykonuje się nakłucie żyły przebiegającej w okolicy podobojczykowej i wprowadza odpowiednie elektrody do jam serca.

W przypadku implantacji dodatkowej elektrody, podczas zabiegu często zachodzi potrzeba podania do układu żylnego niewielkiej ilości środka kontrastowego w celu uwidocznienia przebiegu żyły, co ułatwia jej nakłucie oraz prawidłowe wprowadzenie elektrod. Do oceny położenia elektrod w sercu wykorzystuje się aparaturę rentgenowską o niskiej dawce promieniowania jonizującego.

Opisywane w piśmiennictwie medycznym powikłania po wymianie urządzenia/ elektrody 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.

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

Wymiana urządzenia i/lub elektrody

1. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu implantacji stymulatora serca/ ICD/ CRT-D/ CRT-P.

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