Zgoda założenie czasowej elektrody endokawitarnej

naklejka identyfikująca pacjenta

Nazwa proponowanego zabiegu operacyjnego / metody leczenia

Założenie elektrody endokawitarnej do serca - czasowa stymulacja serca. Zabieg polega na przezżylnym wprowadzeniu elektrody do jam serca w celu zapewnienia prawidłowej częstości i rytmu pracy serca.

Wskazania do zabiegu:

Objawowy blok przedsionkowo-komorowy (AV) oraz/lub objawowy zespół chorego węzła zatokowego (SSS), powodujące klinicznie istotną bradykardię, pauzy lub zaburzenia rytmu serca.

Spodziewane korzyści:

Przywrócenie prawidłowego rytmu serca, zapobieganie omdleniom i zawrotom głowy, poprawa tolerancji wysiłku oraz zmniejszenie ryzyka powikłań zagrażających życiu.

Potencjalne zagrożenia i powikłania:

Krwawienie, krwiak, zakażenie, uszkodzenie naczynia lub jam serca, zaburzenia rytmu serca, odma opłucnowa, przemieszczenie elektrody, konieczność ponownej interwencji, w rzadkich przypadkach zagrożenie życia.

Przewidywane następstwa zaniechania zabiegu:

Utrzymywanie się lub nasilenie objawów, omdlenia, pogorszenie wydolności krążenia oraz zwiększone ryzyko nagłego zatrzymania krążenia.

Pacjent został poinformowany o możliwości zmiany zakresu zabiegu w trakcie jego wykonywania, jeżeli będzie to konieczne dla ratowania życia lub zdrowia.

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że uzyskałem/am wyczerpujące informacje dotyczące proponowanego zabiegu, miałem/am możliwość zadawania pytań i otrzymałem/am na nie satysfakcjonujące odpowiedzi. Rozumiem charakter zabiegu, możliwe powikłania oraz konsekwencje jego zaniechania.

Wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu założenia elektrody endokawitarnej do serca.

Czytelny podpis pacjenta: ..... Data: .....

Oświadczenie świadka / świadków (jeżeli dotyczy)

Stwierdzam, że pacjent wyraził zgodę na proponowaną interwencję medyczną, jednak nie jest w stanie złożyć własnoręcznego podpisu.

Czytelny podpis świadka: ..... Data: .....

Potwierdzenie zgody

Potwierdzam, że pacjent nie ma więcej pytań i wyraził świadomą zgodę na wykonanie proponowanej interwencji medycznej.

Podpis i pieczątka lekarza: ..... Data: .....