INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM
ELEKTRICKÁ KARDIOVERZE

Pacient/ka (jméno, příjmení):_____

R.č.: _____

Zákonný zástupce (jméno, příjmení):_____
V případě, že není stanoven, proškrtnout

Základní informace o výkonu:
Elektrická kardioverze je používána při léčbě některých forem poruch srdečního rytmu. Principem je použití krátkodobého elektrického výboje aplikovaného v oblasti hrudníku, jehož cílem je normalizace elektrické aktivity srdce.

Provedení výkonu:
Výkon je na našem pracovišti prováděn v krátkodobé celkové anestezii. Pacient musí být nalačno – nesmí jíst 6 hodin a tekutiny nesmí pít minimálně čtyři hodiny před výkonem.
Po přijetí na oddělení je pacient uložen na lůžko, připojen k monitorovacímu zařízení a je mu zavedena kanyla do periferní žíly na horní končetině. Samotný zákrok je proveden přiložením dvou elektrod na hrudník, kterými je aplikován výboj dodaný z defibrilačního přístroje. Cílem je takto ukončit arytmii a obnovit základní srdeční rytmus. Někdy je nezbytné v rámci jednoho výkonu více výbojů. Celková úspěšnost se pohybuje kolem 90%.
Po výkonu je nemocný sledován na lůžku, zpravidla po dobu 2 – 4 hodin. Po tuto dobu mu jsou kontrolovány základní životní funkce (krevní tlak, tepová frekvence, dechová aktivita, okysličení krve). Při nekomplikovaném průběhu je pacient po ukončení sledování propuštěn domů, nebo pokračuje v předchozí hospitalizaci.

Komplikace výkonu:
V souvislosti s elektrickou kardioverze může dojít k lehkému podráždění až popálení kůže v místě přiložených elektrod, které se obvykle během několika dní bez následků zhojí. Elektrická kardioverze může bezprostředně vést ke krátkodobé zástavě srdce, nebo může vzácně vyvolat závažnou komorovou arytmii (poruchu srdečního rytmu). Zástava srdce trvá obvykle krátkou dobu, zpravidla spontánně odeznívá a nevyžaduje žádnou lékařskou intervenci. Komorové arytmie jsou léčeny dalším výbojem, event. podáním léků určených k léčbě poruch srdečního rytmu.

Alternativní léčba:
Alternativou k elektrické kardioverze může být v některých případech podání léků (farmakologická verze). Úspěšnost této léčby v nastolení správného rytmu je ale zpravidla výrazně nižší než u elektrické kardioverze a není vhodná u všech pacientů.

Omezení po výkonu:
Vlastní elektrická kardioverze nepřináší žádná následná omezení. Vzhledem k podané celkové anestezii by ale pacient neměl minimálně v den výkonu a do následujícího rána (lépe v následujících 24 hodinách po výkonu) zůstat bez dohledu a pomoci dospělé, svéprávné osoby

a neměl by také v této době vykonávat následující aktivity:
- péče o děti nebo jiné osoby vyžadující pomoc
- práce v zaměstnání
- konzumace alkoholických nápojů
- jízda hromadnou dopravou bez doprovodu
- řízení dopravních prostředků včetně kola
- ovládání strojů, nebo provádění jakékoli činností, u kterých je vyžadovaná zvýšená pozornost (i u domácích spotřebičů, zacházení s otevřeným ohněm)
- používání ostrých předmětů
- být přes noc sám/sama bez dohledu dospělého doprovodu
- činění významných, zejména právně závazných rozhodnutí a podepisování právních dokumentů (jejich platnost může být snadno zpochybnitelná)

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím o elektrické kardioverzi a hluboké sedaci plně porozuměl/a. Byly mi srozumitelně zodpovězeny všechny mé otázky a také mi byla vysvětlena veškerá rizika a možné komplikace výkonu. Výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péči a s provedením elektrické kardioverze v hluboké sedaci.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly takové zákroky provedeny. Opravňují lékaře k provedení takových zákroků na základě jeho profesionálního rozhodnutí.

Byl/a jsem informován/a a poučen/a o tom, že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během sedace a diagnostického výkonu. Jsem si vědom/a, že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Prohlašuji, že mám zajištěnou dospělou, svéprávnou osobu, která si mne po výkonu v nemocnici vyzvedne a která mi poskytne dohled minimálně v průběhu dnešního dne a do následujícího rána (platí pouze pro pacienty, u kterých je výkon prováděn ambulantně).

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dne _____ v hod. _____

_____	_____
Podpis pacienta/ky	Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce V případě, že není stanoven, proškrtnout

V Náchodě dne _____ v hod. _____

Vysvětlující pohovor provedl _____

Razítko a podpis lékaře