

Szanowna Pani, Szanowny Panie.

W przeszłości miał Pan/Pani implantowany stymulator, kardiowerter lub kardiowerter resynchronizujący. Niestety z różnych przyczyn, najczęściej jest to infekcja układu, istnieje konieczność usunięcia wszczepionego urządzenia wraz z elektrodami. Pozostawienie jego może w szybkim tempie doprowadzić do znacznego pogorszenia stanu zdrowia a nawet zgonu w wyniku choroby nazywanej bakteryjnym zapaleniem wsierdza, która prowadzi do uogólnionej infekcji tak zwanej sepsy. Usunięcie układu stymulującego jest zabiegiem, którego inwazyjność (zakres koniecznej interwencji) jest trudny do oceny. Zależy on od wielu czynników takich jak czas, który upłynął od wszczęcia urządzenia, czas trwania infekcji, sposób mocowania elektrody (bierny lub czynny), ilość interwencji wysokoenergetycznych (defibrylacji lub kardiowersji) w przypadku wszczepionego defibrylatora kardiowertera. W najprostszych przypadkach usunięcie wszczepionego układu polega na wyizolowaniu urządzenia z tzw. Łoży w tkance podskórnej, uwolnieniu podwiązek podtrzymujących elektrody i wyciągnięciu elektrod za pomocą delikatnego pociągania. Niestety w wielu przypadkach zrosty w obrębie żył, przez które elektrody doprowadzane są do serca oraz zrosty w samym sercu (elektroda przyrasta do żyły lub/i serca) uniemożliwiają przeprowadzenie zabiegu w ten sposób. Konieczne jest wtedy użycie specjalistycznego sprzętu pozwalającego na skuteczne usunięcie przyrośniętej elektrody a w skrajnych przypadkach nakłucie żyły udowej i usunięcie elektrody z użyciem specjalistycznego sprzętu przez inną żyłę niż została wszczepiona. Ryzyko zabiegu zależy od stopnia inwazyjności i liczby zrostów unieruchamiających elektrodę. W skrajnych przypadkach szansa wystąpienia poważnych powikłań może wynosić do 3,3%. (Skumulowane wskaźniki śmiertelności po ekstrakcji elektrod wahają się od 2,1%-3,3% po 30 dniach do 8,4%-10% po 1 roku i 33%-46,8% po 10 latach). Najgroźniejsze powikłania to przedziurawienie serca prowadzące do tzw. Tamponady, czyli gromadzenia się dużej ilości płynu w jamie otaczającej serce, czyli w worku osierdziowym oraz uszkodzenie i przedziurawienie żył, przez które usuwane elektrody doprowadzone są do serca. W przypadku wystąpienia tamponady zabiegiem ratującym życie jest nakłucie worka osierdziowego i odprowadzenie nadmiernej ilości krwi. W przypadku uszkodzenia żyły jak i serca, jeśli krwawienie samo nie ustanie, konieczny może okazać się natychmiastowy zabieg chirurgiczny mający na celu zahamowanie krwawienia i załatanie powstałego ubytku w ścianie żyły lub serca. W każdym z takich przypadków należy się liczyć z koniecznością przetoczenia dużych ilości krwi i/lub preparatów krwiopochodnych. Innym bardzo rzadkim powikłaniem mogącym towarzyszyć usuwaniu elektrod jest uszkodzenie zastawki trójdzielnej (w przypadku, gdy elektroda przyrosła do zastawki). Również wtedy konieczny może okazać się zabieg kardiochirurgiczny.

Po pomyślnym usunięciu układu stymulującego wyleczenie infekcji i wygojenie zmian po usuniętym układzie może zająć kilka tygodni. Jeśli serce samo nie będzie podejmować pracy musi być Pan/Pani zabezpieczony stymulacją czasową ze stymulatora zewnętrznego. Niezbędny będzie wobec tego pobyt w szpitalu przez cały okres od usunięcia do założenia nowego urządzenia.

Zabieg ten jest wykonywany z użyciem promieniowania jonizującego „X”. Każda dawka promieniowania jonizującego może być niekorzystna dla zdrowia ludzkiego. Dołożymy jednak wszelkich starań aby była ona jak najmniejsza.

Prosimy zadawać pytania przy wszelkiego rodzaju wątpliwościach, pytania proszę zgłaszać lekarzowi prowadzącemu, lub wykonującemu zabieg.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że w rozmowie z

Zostałem (am) poinformowany(a) o wynikach przeprowadzonych u mnie badań, stanie mojego zdrowia i o istotnych ryzykach związanych z przeprowadzeniem zabiegu:

.....

(wpisać nazwę zabiegu)

Rozumiem, na czym zabieg ten ma polegać i rozumiem konieczność wyrażenia przeze mnie zgody na zabieg. Otrzymałem(am) ustnie i pisemnie wystarczającą ilość informacji na temat sposobu przeprowadzenia zabiegu, możliwych powikłaniach i ich konsekwencji (ze zgonem włącznie). Rozumiem zagrożenia i ryzyka związane z jego przeprowadzeniem jak również korzyści z zaniechania tego zabiegu.

Otrzymałem(am) odpowiedzi na wszystkie zadane pytania, a ponadto uzyskałem pisemną informację o usunięciu układu stymulującego, z którą zapoznałem(am) się i oświadczam, że wyrażam pełną i świadomą zgodę na usunięcie układu stymulującego.

Zostałem(am) też poinformowany(a), że mogę zadawać dalsze pytania oraz odmówić poddania się temu zabiegowi operacyjnemu aż do jego rozpoczęcia.

Rozumiem, że zarówno poddanie się temu zabiegowi jak i rezygnacja z tego zabiegu nie oznacza zakończenia leczenia.

Miałem(am) możliwość zadawania pytań lekarzowi i wyrażam pełną i świadomą zgodę na powyższą metodę leczenia. Zostałem poinformowana(y) o ryzyku zabiegu i jego następstwach.

Miejsce na naklejkę z imieniem i
nazwiskiem pacjenta i
nr historii choroby

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
USUNIĘCIE UKŁADU STYMULUJĄCEGO
Informacja dla pacjenta

Po przedstawieniu przez lekarza wyczerpujących informacji na temat proponowanego zabiegu zostałam(em) także poinformowana(y), że mogę nie wyrazić zgody na powyższy zabieg wraz ze szczegółową informacją dotyczącą konsekwencji podjęcia decyzji odmownej. Przy czym odmowa poddania się zabiegowi nie oznaczałaby zakończenia leczenia.

Niniejszym wyrażam pełną i świadomą zgodę na proponowany zabieg.

Oryginał tego formularza wyrażenia pełnej i świadomej zgody na zabieg zostanie włączony do dokumentacji medycznej.

.....
(podpis chorego lub jego opiekuna prawnego)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

Zabrze, dnia

Miejsce na naklejkę z imieniem i
nazwiskiem pacjenta i
nr historii choroby

Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu
USUNIĘCIE UKŁADU STYMULUJĄCEGO
Informacja dla pacjenta

O konsekwencjach wynikających z mojej świadomej decyzji **odmawiającej zgody na zabieg**

.....
(wpisać nazwę zabiegu)

zostałam(em) szczegółowo poinformowana(y). Rozumiem przy tym, że odmowa poddania się zabiegowi nie oznacza zakończenia leczenia.

Niniejszym oświadczam, że **nie wyrażam zgody** na proponowany zabieg.

Zabrze, dnia

.....
(*podpis chorego lub jego opiekuna prawnego)

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

(*podpis chorego lub jego opiekuna prawnego tylko w przypadku niewyrażania zgody na zabieg)

Oryginał tego formularza niewyrażenia pełnej i świadomej zgody na zabieg zostanie włączony do dokumentacji medycznej.