

Név: #!NEV;

Születési dátum: #!SZULIDO;

TAJ: #!TAJ;

BETEGTÁJÉKOZTATÓ SZÍVRITMUS-SZABÁLYOZÓ KÉSZÜLÉK (PACEMAKER) BEÜLTETÉSÉHEZ

Kedves Betegünk!

Lassú szívrítmuszavarának megfelelő kezelése érdekében orvosa szívrítmus szabályozó készülék (pacemaker) beültetése mellett döntött.

A pacemaker olyan elektronikus berendezés, amely folyamatosan ellenőrzi a szívrítmust, és amennyiben túl lassú szívműködést érzékel, elektromos impulzusok leadásával képes a megfelelő szívfrekvenciát biztosítani. Speciális pacemaker-elektroda közvetíti a szív elektromos jeleit a készülékhez, illetve ha szükséges, ezen keresztül jutnak el a készülékből a terápiát jelentő elektromos impulzusok a szívhez. Orvosa egy programozó számítógéppel az Ön ritmuszavarának legmegfelelőbb pacemaker-terápiát állítja be. A beültetés alatt megméri a szív saját elektromos jeleit és teszteli a beállított terápia hatékonyságát. A pacemaker memóriája hosszú ideig tárolja az Ön szívműködésének jellemzőit, lehetővé téve ezzel a rendszeres után követési vizsgálatokat és az esetleges terápia-optimalizálást.

A pacemaker rendszer beültetése sebészeti beavatkozás során történik. Az elektródá(k)at kis bőrmetszés után a váll árokban található vénán keresztül preparálással, vagy a kulcscsont alatti véna közvetlen szúrásával a szívig vezetik, majd a szív jobb kamrájában (és jobb pitvarában) rögzítik. A készüléket a mellkas bőre alá helyezik el. A pacemaker az elektródákon keresztül összeköttetésbe kerül az Ön szívével. A beültetés után Önnek szövődménymentes esetben orvosa megítélésétől függően hosszabb - rövidebb időt (órák-néhány nap) az osztályon kell töltenie, majd otthonába, vagy a küldő kórházba távozhat.

Első ellenőrzés 4-8 héten belül történik. A pontos időpontot a zárójelentés tartalmazza. A beültetéssel kapcsolatos kérdéseire kezelőorvosa készségesen válaszol.

Mint minden orvosi beavatkozásnak, a pacemaker rendszer beültetésének is lehetnek szövődményei.

Elektróda kimozdulás 2,2-6,4 % (Kamrai elektróda 0,5-2,0 %, Pitvari elektróda 0,5-4,4 %).

Légmell 0,7 – 2,0 %

Szívizom szakadás, perforáció 0,3–1,0 %

Sebfertőzés 0,2 -1,8 %

Szívbelhártya gyulladás (igen ritka)

Feltárást igénylő, vagy érsebészeti ellátást igénylő vérzés 1 % alatt

Beavatkozás utáni vénaelzáródás 1 % alatt

A pacemaker eszköz hibás működése igen ritka

Perioperatív halál (műtét alatt, és azt követő 24 órában) 0,5 %

(Complications Arising After Implantation of DDD Pacemakers:The MOST Experience Am J Cardiol 2003;92:740-749)

A pacemaker implantáció elmaradásának kockázata változó az alapbetegségtől függően (pacemaker dependencia esetén 100 %).

Alternatív gyógymód a betegség jellegéből kifolyólag nem létezik. A szív ingerkeltését csak eszközös terápia segítségével lehet pótolni.

Indokolt pacemaker beültetés esetén az Ön ritmusszabályozó készülék beültetését szükségessé tevő betegségének veszélye sokszorosa a pacemaker beültetés során esetlegesen fellépő szövődmények kockázatának.

A beavatkozás minden esetben tapasztalt kardiológus orvos jelenlétében történik, aki járatos a fenti szövődmények elhárításában. A beavatkozást végző vagy azt felügyelő orvos a nemzetközi normáknak megfelelően nagyszámú pacemaker rendszer beültetést végez évente.

Mindez csökkenti a vizsgálat kockázatát.

A műtét előtt:

A beavatkozás előtti napon fogyasszon bőségesen folyadékot, este vacsorázzon, de éjfél után már ne egyen, igyon, jöjjön éhgyomorra.

Rendszeresen szedett gyógyszereit a vizsgálat napján is előírás szerint szedje be.

Ha inzulinos cukorbeteg, hosszú hatású inzulin analógiát/humán inzulinját a műtét előtti este, vagy a műtét reggelén - amennyiben akkor esedékes – adja be. Gyors hatású inzulint ne adjon be magának! Amennyiben 9 óra után érkezne, kérjük ellenőrizze vércukrárt!

Syncumar vagy Marfarin (antikoaguláns terápia) szedése, a bőr alá adott alvadásgátló injekció (Clexane, Fraxiparine, Fragmin) használata esetén a kardiológussal történő egyeztetés szerint szedje vagy adagolja az alvadásgátlót. Szükség esetén kezelőorvosa gyomorvédő gyógyszer szedését is elrendelheti.

Hozzon magával egy éjszakányi kórházi tartózkodáshoz szükséges holmit.

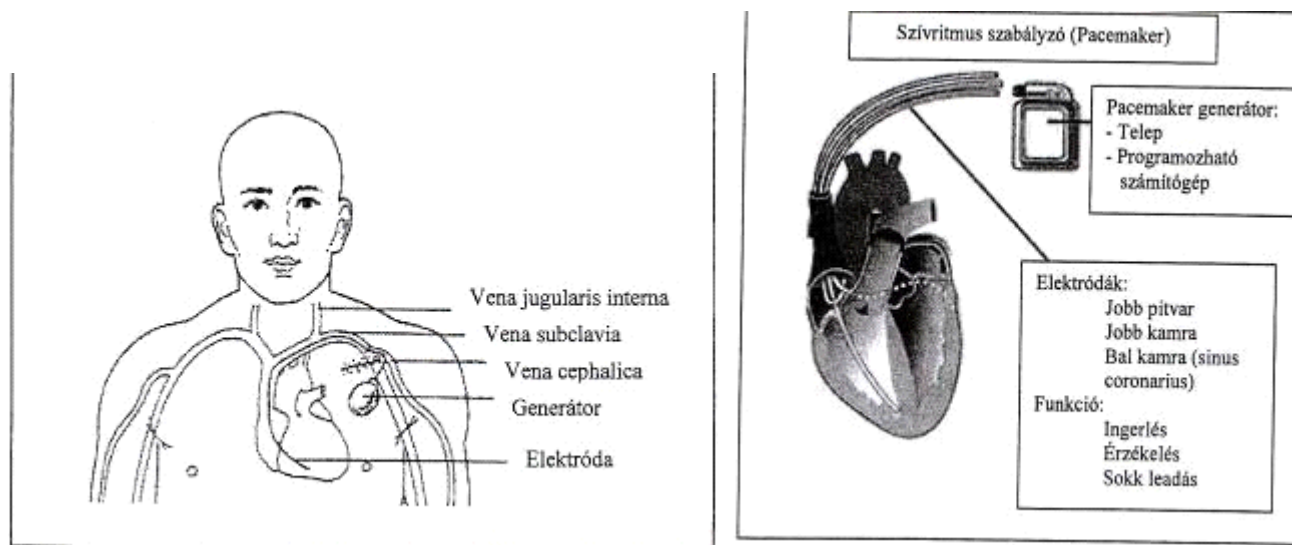
Értékeket ne hozzon magával, ékszereit a műtét alatt nem viselheti.

Amennyiben Önnek ismert **gyógyszer-, vagy kontrasztanyag érzékenysége** van, kérjük operáló orvosával a beavatkozás megkezdése előtt feltétlenül közölje azt.

Igen fontos, hogy a vizsgálatra megfelelő **orvosi dokumentációval** érkezzen, melyből társbetegségeiről, korábbi vizsgálatairól, jelenlegi gyógyszereléséről elegendő információhoz juthatunk.

Műtetre csak a beleegyező nyilatkozat aláírását követően kerülhet sor, kérjük erre figyeljen oda!

A pacemaker beültetést steril műtéti körülmények között, helyei érzéstelenítésben végezzük.



A műtét alatt:

Intravénás kanült helyezünk be és amennyiben szükséges vért veszünk Öntől laborvizsgálatok céljára.

Intravénás antibiotikumot adunk a műtét előtt.

A mellkas bal, vagy jobb oldalát leborotváltjuk.

Végtagjait rögzítjük a műtéti asztalhoz, hogy ne érjenek steril területhez.

A műtéti területet lefertőtlenítyük, Önt steril lepedőkkel terítjük le.

A beavatkozás alatt csak nagyon szükséges esetben végzünk altatást váratlan fájdalomreakció esetén, egyebekben helyi érzéstelenítést alkalmazunk.

A műtét után:

I. A műtét másnapján hagyhatja el a kórházat, amennyiben nincsen szövődmény.

II. 2 hétig ne érje víz a műtéti sebet! A felragasztott tapaszt ne vegye le, amennyiben magától lejönne steril fedőkötést helyezzen rá.

III. Varratszedésre nincs szükség.

IV. Ha a műtét területén bőrpírt, duzzanatot, fájdalmat vagy egyéb szokatlan jelenséget észlel, esetleg

belázasodik, akkor haladéktalanul keresse fel Osztályunkon a beavatkozást végző orvost.

BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT SZÍVRITMUS-SZABÁLYOZÓ KÉSZÜLÉK (PACEMAKER) BEÜLTETÉSÉHEZ

„Beleegyezem, hogy a beültetett eszközre, illetve személyemre vonatkozó, a beültetéssel kapcsolatos egészségügyi adatokat – az állapotom nyomon követése végett – az ellátó az országos pacemaker regiszterbe továbbítja”.

NÉV: #!NEV; Szül. idő: #!SZULIDO;

„A SZÍVRITMUS-SZABÁLYOZÓ KÉSZÜLÉK (PACEMAKER) BEÜLTETÉSÉHEZ” című betegtájékoztatót elolvastam és megértettem, amennyiben további kérdésem volt, azt kezelőorvosomnak feltettem, és megfelelő választ kaptam rá. A tervezett pacemaker beültetésről és a beültetés esetleges szövődményeiről tájékoztatást kaptam. Mindezek után a pacemaker beültetés elvégzésébe beleegyezem.

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása:

Miskolc, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

.....
a tájékoztatást végző orvos aláírása, pecsétszáma

Családtag hiányában, független (vizsgálatban nem résztvevő) orvos:

Név:.....

Pecsétszám:.....

Aláírás:.....

Tanú 1:

Tanú 2.:

Név:.....

Név:

Cím:

Cím:

Betegazonosító adatlap

Osztály neve: #!APOSZTNEV; #!APOSZTKOD;	Kórterem/ágyszám:
Beteg neve (leánykori név): #!NEV;	Felvételének időpontja:
Születési hely, idő: #!BSZULHELY; #!SZULIDO;	TAJ/útlevélszám/törzsszám: #!TAJ_TAGOLT;
A betegazonosítás rendszeréről a tájékoztatást megkaptam, az azonosító alkalmazását Kérem – Nem kérem (megfelelő aláhúzendó)	
Beteg aláírása: dátum:	
Az azonosító alkalmazását elrendelem Elrendelő orvos aláírása: dátum:	
Az azonosító levehető Elrendelő orvos aláírása: dátum:	
A karszalagot felhelyezte, aláírás: dátum:	
Az azonosítón alkalmazott jelölések (a felsorolásban aláhúzás jelölje a felhasznált adatokat): beteg neve (kezdőbetűk), <u>TAJ/útlevélszám/törzsszám</u> , <u>felvétel időpontja</u> , <u>az osztály neve</u> , „ismeretlen” jelzés (ha az adatok nem állnak rendelkezésre).	
A karszalagot levette, aláírás: dátum:	

Betegazonosítást végezte, aláírás	Azonosítás ideje (dátum, óra, perc)	Megjegyzés

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT ¹

Alulírott **#!NEV; #!SZULIDO;** TAJ #!TAJ;- tanúsítom, hogy engem dr. kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):

Annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóbajövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

A műtéthez érzéstelenítésre, altatásra van szüksége, melynek biztosítása a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház feladata.

a.) Az Ön érzéstelenítését, illetve altatását a kórházzal megbízási szerződési jogviszonyban lévő

Bt., Kft., Kht., egyéni vállalkozó, ezen belül is Dr. fogja elvégezni.

b.) Az Ön érzéstelenítését, illetve altatását a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Osztályának orvosa és szakdolgozója fogja elvégezni.

Tájékoztatjuk arról, hogy Kórházunkban a közalkalmazotti jogviszonyban dolgozó munkatársak mellett a Kórházzal vállalkozási szerződésben álló orvosok és szakdolgozók is tevékenykednek. Így az Ön gyógykezelése kapcsán (műtétek-, diagnosztikai és terápiás beavatkozások) Önt a Kórházunkkal vállalkozási jogviszonyban lévő munkatárs is elláthatja. Ezt a tényt az Önre vonatkozó egészségügyi dokumentációk tartalmazzák. Amennyiben ezzel kapcsolatos részletes felvilágosítást kér, úgy ezt a kezelőorvosa vagy osztályos orvosa megadja.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

* Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelése bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

* A kezelésbe (műtétbe, stb.) való beleegyezésem a tájékoztatás megértése alapján minden kényszerből mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

* Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot - elfogadása esetén - kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4. ² Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

A Kórház házirendjében foglalt szabályokat megismertem, azokat gyógykezelésem alatt betartom. Tudomásul veszem, hogy a házirendben foglalt szabályok megsértése esetén - amennyiben egészségi állapotom azt nem zárja ki - a Kórház a gyógykezelésem megszakíthatja és elbocsáthat.

Miskolc,

.....
A kezelőorvos aláírása

.....
A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása

Lakcíme:

./.

¹ Korlátozottan cselekvőképés, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképés beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

² Hozzá tartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

* Nem kívánt rész törlendő.