

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

## **ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE TESTU DEFIBRYLACJI**

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego zabiegu.

### **Dlaczego proponujemy Państwu wykonanie testu ?**

Po implantacji kardiowertera – defibrylatora konieczne jest sprawdzenie skuteczności działania urządzenia. W tym celu przeprowadza się test oznaczania progu defibrylacji migotania komór. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym w obecności anestezjologa. W trakcie testu wywołuje się szybką arytmie komorową – migotanie komór lub częstoskurcz komorowy i ocenia się skuteczność działania kardiowertera – defibrylatora w wykrywaniu i przerywaniu wywołanej arytmii. Próg defibrylacji oznacza najmniejszą energię defibrylacji przerywającą migotanie komór, a DFT określa prawdopodobieństwo skuteczności defibrylacji prądem o danej energii. Po zabiegu dokonuje się zaprogramowania optymalnych parametrów w urządzeniu dla Pana/i. W razie nieskuteczności działania ICD zespół lekarski przygotowany jest do natychmiastowego użycia urządzeń zewnętrznych.

### **Przeciwwskazania do zabiegu i możliwe konsekwencje odmowy**

Wskazania do przeprowadzenia testu defibrylacji są wymagane u wszystkich chorych po wszczepionym urządzeniu, z wyłączeniem pacjentów, u których występują przeciwwskazania do zabiegu.

***Test defibrylacji jest zabiegiem bezpiecznym, ale sporadycznie mogą wystąpić powikłania.***

#### **Do głównych powikłań należą:**

- przejściowy spadek ciśnienia tętniczego,
- pogorszenie wydolności serca,
- wywołanie arytmii komorowych i nadkomorowych,
- bezpośrednie uszkodzenie mięśnia sercowego przez wyładowanie,
- dyslokacja skrzeplin,
- wstrząs kardiogeny, niedokrwienie mózgu lub zgon (0,18-0,39%)
- inne bardzo rzadko występujące i trudne do przewidzenia powikłania występują u mniej niż 0,1% poddanych zabiegowi pacjentów.

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

**Rokowanie:**

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej procedury medycznej jest w Pani/Pana przypadku:

 duże średnie ograniczone**1. Oświadczenie:**

- Zapoznałem/am się ze szczególnym opisem zabiegu/badania medycznego/ sposobu leczenia, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku zabiegu medycznego/ leczenia, jak też konsekwencjami odmowy braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego (badanie/leczenie);
- Oświadczam, iż miałem/łam\* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam\* na nie odpowiedź
- Zapoznałem/am się z możliwościami zastosowania alternatywnych metod diagnostyki/ leczenia;
- Zgadzam się/ nie zgadzam się\* na ewentualne modyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej/ sposobu leczenia w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu leczenia;
- Zgadzam się / nie zgadzam się\* na przeniesienie mnie do właściwego szpitala/ oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia;
- Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie zabiegu/badania medycznego;
- Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu/badania zastosowane leczenia – w każdej chwili.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych i medycznych (wyniki badań dotychczasowych jak i następnych) do:
  - medycznych baz danych pacjentów: szpitalnej, ogólnopolskiej i europejskiej.
  - badań oceniających: zastosowanych u mnie metod leczenia, jak również na publikowanie wyników tych badań (publikacje nie będą zawierały danych personalnych pozwalających na ustalenie mojej tożsamości).

\*niepotrzebne skreślić;

 **wyrażam zgodę** **odmawiam wyrażenia zgody**.....  
/czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/opiekuna prawnego/

Lekarz przyjmujący oświadczenie:

Data: .....

.....  
/pieczęć i podpis lekarza/