



GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

Szívelektrofiziológiai vizsgálat

Betegtájékoztató és nyilatkozatok

Tisztelt Betegünk!

Az Ön szívritmuszavarának és/vagy ingerületvezetési zavarának további eredményes kezelése érdekében nagyon fontos a zavar eredetének, pontos helyének és mechanizmusának tisztázása, ismerete.

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnél **szívelektrofiziológiai vizsgálatot** végezzünk.

A beavatkozás elvégzéséhez szükséges az Ön írásos beleegyezése.

Kérjük, mielőtt kezelőorvosa személyesen, is tájékoztatja Önt a szükséges beavatkozás részleteiről, figyelmesen **olvassa el** ezt az ismertetőt, majd az orvosi tájékoztatást követően sajátkezűleg **írja alá** a végén levő beleegyező nyilatkozatot.

Ha az írásbeli és szóbeli tájékoztatás alapján nem kíván beleegyezni a beavatkozásba, ne ezt, hanem egy - szintén kezelőorvosától kapott - **Megtagadó nyilatkozatot** írjon alá. Kérjük, fontolja meg döntését!

Az Ön betegségének megnevezése:

A vizsgálat célja: A **szívelektrofiziológiai vizsgálat** egy olyan szívkatéteres diagnosztikus eljárás, amikor a vezetett elektródkatéterek segítségével a szív ingerképző és ingerületvezető rendszerének elektromos aktivitása pontosan regisztrálható, a szív ritmus- és/vagy ingerületvezetési zavarainak helye lokalizálható, mechanizmusa tisztázható.

A vizsgálat szükségességének indoklása; elmaradásának következményei: A beavatkozással nyerhető információk hiánya a betegség kezelését, a beteg sorsának alakulását alapvetően meghatározza. Sem transzkatóéteres rádió frekvenciás abláció, sem implantábilis cardioverter-defibrillátor ezen vizsgálat nélkül nem alkalmazható! A szívelektrofiziológiai vizsgálat jelenleg semmilyen más vizsgálattal nem helyettesíthető.

A beavatkozás előtti történések: A felvétel napján éhgyomorra érkezzen. Hozzon magával 1-2 napos kórházi tartózkodáshoz szükséges holmit. Hozza magával az összes korábbi ritmuszavar alatt készült EKG dokumentációját.

A vizsgálat menete: A vizsgálat megkezdése előtt ruhái levétele után műtőasztalra fektetik, ahol a behatolási terület szőrtelenítése és fertőtlenítése után steril kendőkkel takarják le.

A vizsgálat első részében kettő-, maximum öt darab speciális elektródkatéter kerül helyi érzéstelenítésben felvezetésre a jobb szívfélbe a jobb és bal láb nagyvénáinak, illetve a nyaki véna punkciója révén. A katéterek rtg-átvilágítás alatta szív különböző részein (jobb pitvar felső része, His köteg, jobb kamra csúcsa, kiáramlási pálya, sinus coronarius) kerülnek rögzítésre; innen történik az elektromos tevékenység regisztrálása a testfelszíni EKG-val együtt. Bizonyos esetekben szükség lehet a bal kamrába is elektródkatétert felvezetni, ez szintén helyi érzéstelenítésben a comb verőér punkciójával történik. A vizsgálat második részében részletes szívelektrofiziológiai mérések történnek a szív ingerképző és ingerületvezető rendszeréről, az esetleges rendellenes elektromos pályákról. Ezt követően külső elektromos ingerlő segítségével speciális elektromos stimuláció történik a szív különböző helyeiről az Ön jellegzetes szívritmuszavarának kiváltása céljából. Spontán vagy kiváltott szívritmuszavar esetén elektromos térképezés segítségével történik a ritmuszavar helyének lokalizálása. A szívritmuszavarok szükség esetén a vizsgálat alatt is elektromos vagy gyógyszeres módon - megszüntetésre kerülnek. A vizsgálatok végén az elektródkatéterek eltávolítjuk, a punkciós nyílásra fedő- vagy nyomókötés kerül, majd ezt követően 12-24 órás ágynyugalom, fekvés szükséges.

A következő napon, ha panaszmentes, a zárójelentés elkészítését követően hazamehet. A paroxysmalis supraventricularis tachycardia miatt elvégzett katéterabláció rendkívül hatékony, ezen ritmuszavar visszatérésére csak nagyon kicsi esély van, így rutinszerű kontrollvizsgálat általában nem szükséges.

A vizsgálat esetleges szövődményei, veszélyei és eddigi tapasztalatok: A szívelektrofiziológiai vizsgálatnak, mint minden szívkatéteres vizsgálatnak ritkán lehetnek szövődményei. Ezek általában lokális szövődmények, amelyek a katéterek felvezetéséhez szükséges érpunkciókból erednek, véraláfutás, haematoma alakulhat ki (10-20 százalékban). Értrombózis, érfalsérülés, idegsérülés nagyon ritka (0,5-1 száza-



Intézeti Protokoll
Betegtájékoztatás és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása
14.sz. melléklet

Oldal: 2/2
Kiadás száma: 2

lék). Hasonlóan ritka a szívburokba való bevezetés lehetősége (2-4 százalék). Életveszélyes szövődmények 1-2 ezrelék gyakorisággal fordulhat elő. Teljes mértékben nem zárható ki fertőzés kialakulása sem, azonban, mivel az elektródkatéterek általában lumen nélküliek, így az infekció veszélye kicsiny. A szövődmények jelentkezése, a kellő körültekintéssel végzett beavatkozással gyakorlatilag minimalizálható. Amennyiben mégis előfordulna, elhárításuk, illetve megoldásuk eszközei és lehetősége a helyszínen biztosítottak. A spontán vagy kiváltott szívritmuszavarok megszüntetésére a vizsgálók felkészültek.

ORVOSI NYILATKOZAT

A fenti beavatkozásra vonatkozó egyéniesített, teljes körű tájékoztatást – kitérve a beavatkozással kapcsolatban valamennyi kérdésre – a legjobb tudásom szerint és olyan módon és olyan mélységig adtam meg, mely a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozója számára megítélésem szerint szükséges, érthető és képességeinek, illetőleg állapotának megfelelően megérthetett. A részletes tájékoztató, illetőleg felvilágosító beszélgetés során a kevésbé érthető részeket megvitattuk, illetőleg megbeszéltük, lehetőséget adva a beteg/törvényes képviselője/hozzátartozójának a beavatkozással kapcsolatos kérdései feltevésére, melyeket megválaszoltam. Az orvos kiegészítése:

A beteg kérdései:

Az orvos válaszai:

Budapest, év hó nap

.....
A tájékoztatást adó és nyilatkozatot tevő orvos(ok) aláírása

BETEG /TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ/ BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

A beteg neve: **azonosítója:**.....

A fenti beavatkozásra vonatkozó betegtájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat és a személyre szabott, egyéniesített, minden releváns részletre kiterjedő szóbeli orvosi tájékoztatást megértettem, amely kitért a beavatkozással kapcsolatos valamennyi fenti kérdésre. Ugyancsak megértettem a beavatkozással kapcsolatos valamennyi szövődmény kockázatát. A szóbeli tájékoztatás, illetőleg részletes felvilágosító beszélgetés során az általam feltett kérdésekre kielégítő választ kaptam.

Jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy betegséggemmel, az eddigi kezeléssel kapcsolatosan információt nem hallgattam el. Kijelentem továbbá, hogy tudomásom van arról, hogy a felajánlott orvosi ellátást – a vonatkozó jogszabályokban meghatározott esetekben és módon – visszautasíthatom, illetve beleegyezésemet bármikor visszavonhatom.

Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben az invazív beavatkozás során annak előre nem látható kiterjesztése válik szükségessé, úgy a beleegyezésem hiányában is elvégezhető a kiterjesztés, ha azt sürgős szükség fennállása indokolja, vagy ennek elmaradása számomra aránytalanul súlyos terhet jelentene. Amennyiben a kiterjesztés valamely szervem vagy testrészem elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne, úgy azt csak közvetlen életveszély esetén, vagy aránytalanul súlyos teher esetén szabad végrehajtani.

Budapest, év hó nap

.....
Beteg, vagy törvényes képviselő aláírása

.....
a törv. képviselő jogcíme

(A hozzátartozói minőségemet megvalósító rokonsági fok, illetve jogcím: a beteg gyermekem, örökbefogadott gyermekem, a beteg gyámja, gondnoka vagyok, egyéb jogcím, illetve rokonsági fok.)