



## GOTTSEGEN GYÖRGY ORSZÁGOS KARDIOVASZKULÁRIS INTÉZET

### Ideiglenes szívritmus-szabályozó beültetés (*Ideiglenes pacemaker kezelés*)

A beteg neve:....., azonosítója:.....

#### Betegtájékoztató és nyilatkozatok

#### **Tisztelt betegünk!**

Jelenlegi állapota szükségessé teszi, hogy Önnek **ideiglenes szívritmus-szabályozót** ültessünk be.

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.

Az Ön betegségének megnevezése:.....

**A tervezett vizsgálat:** Ideiglenes szívritmus-szabályozó beültetés (Ideiglenes pacemaker kezelés)

**A beavatkozás célja:** Az ideiglenes szívritmus szabályozó (pacemaker) készülék a szív működésben bekövetkezett kóros és súlyos – szív megállás kockázatával járó – ingerületképzési vagy ingerületvezetési zavarok kezelésének eszköze. A pacemaker olyan elektronikus készülék, amely folyamatosan ellenőrzi a szívritmust, és amennyiben túl lassú szív működést érzékel, elektromos impulzusok leadásával képes a szinuszcsozó alapritmusa helyett egy megfelelő – előzetesen beállított - szívritmust biztosítani. A beavatkozás során bevezetett 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, így biztosítva a kamrák összehúzódását és a vérkeringés fenntartását.

**A beavatkozás leírása:** A beavatkozáshoz Önnek a hátán kell fekvődni, lehetőség szerinti kényelmes testhelyzetben, nyakát, mellkasát szabadabbá téve. Az adott oldali nyaki, illetve váll és kulcsfont alatti területet fertőtlenítő szerrel lemossuk, a beavatkozást minden esetben a sterilitás szabályainak szigorú betartásával végezzük. Ezt követően helyi érzéstelenítő szert fecskendezünk a szúrás tervezett területére, majd egy keresőtűvel megkeressük a vénát. Ezután a tűn keresztül egy vékony vezetődrótot vezetünk be és a tűt eltávolítjuk. A szúrás helyét egy speciális tágitóval feltágítjuk, majd a pacemaker elektródát – folyamatos EKG ellenőrzés mellett - bevezetjük a vénán és a jobb pitvaron keresztül a szív jobb kamrájába. A megfelelő pozíció elérése után a pacemaker telepet bekapcsoljuk, a szükséges beállításokat elvégezzük, majd az elektródát öltéssel a bőrhöz rögzítjük. A szúrás helyét steril fedőkötéssel fedjük. A beavatkozást követően mellkasröntgen vizsgálatot végzünk az elektróda helyzetének ellenőrzésére, valamint szövődmények kizárása céljából.

**Az eljárás veszélyei, esetleges szövődményei:** A beavatkozást maximális odafigyeléssel, a szakmai szabályok maradéktalan betartása mellett végezzük. Ennek ellenére az ideiglenes pacemaker elektróda bevezetése is, mint invazív beavatkozás, járhat szövődményekkel, melyek elkerülésére és kezelésére felkészültünk.

1. Gyakori: az elektróda bevezetése közben kialakuló szívritmuszavar, az elektróda véletlen kimozdulása
2. Nagyon ritka: légmell (0,7–2,0%), szívizom szakadás vagy átfúródás (0,3–1,0 %), fertőzés (0,2 -1,8 %), szívbelhártya gyulladás, feltárást igénylő vagy érsebészeti ellátást igénylő vérzés, beavatkozás utáni vénaelzáródás (1% alatt), a pacemaker eszköz hibás működése.
3. A halálozás kockázata a beavatkozás alatt és azt követő 24 órában kb. 0,5%.

**A beavatkozás elmaradásának veszélyei:** Az ideiglenes pacemaker implantáció életmentő beavatkozás. Elmaradásának kockázata változó az alapbetegségtől függően, de úgynevezett pacemaker-függőség (dependencia) esetén, azaz, ha a szív kizárólag a szívritmus szabályozó segítségével képes működni, nélküle megállna! Indokolt pacemaker beültetés esetén az Ön ritmuszabályozó készülék beültetését szükségessé tevő betegségének veszélye sokszorosa a pacemaker beültetés során esetlegesen fellépő szövődmények kockázatának.

**Milyen alternatív megoldás lehetséges?** Alternatív gyógymód a betegség jellegéből kifolyólag nem létezik.



**Intézeti Protokoll**  
**Betegtájékoztatás és beleegyező nyilatkozatok alkalmazása**  
**16.sz. melléklet**

Oldal: 2/2  
Kiadás száma: 2

A szív ingerkeltését csak eszközös terápia segítségével lehet pótolni. Átmeneti megoldás lehet az úgynevezett külső, testfelszíni pacemaker kezelés, azonban ez, az általa kiváltott jelentős fájdalom miatt altatásban, nagy hatású, kábító fájdalomcsillapítók adása mellett, és kizárólag rövid ideig alkalmazható eljárás.

**Teendők a beavatkozás előtt:** Tekintettel arra, hogy a beavatkozás sürgős, Önnek különösebb megelőző teendője nincs. A szúrás tervezett helyén és környékén a ruházatát eltávolítjuk, szükség esetén a területet borotváljuk, otthonában szedett gyógyszereiről, gyógyszerallergiáról tájékozódunk.

**Teendők a beavatkozás után:** A behelyezett eszközökhöz lehetőleg ne nyúljon (különösen veszélyes azok húzása), mosakodásnál, borotválkozásnál a területet kerülje el. Amennyiben a kanül helyén fájdalmat, érzékenységet, bőrpírt, duzzanatot tapasztal, vagy a kanül használatakor fájdalom jelentkezik, illetve a kanült fedő kötés meglazulását észleli, kérjük, mielőbb jelezze azt a kezelő személyzetnek.

### 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 megválasoltam. Az orvos kiegészítése:

**A beteg kérdései:**

**Az orvos válaszai:**

Budapest, ..... év ..... hó ..... nap

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

### A BETEG /TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ/ BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

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 betegségemmel, 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 terhelés 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.)