



Imię i nazwisko pacjenta: _____

Nr historii choroby: _____ PESEL/Data urodzenia*: _____

Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Telefon: _____

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE MAŁOINWAZYJNEJ HYBRYDOWEJ TORAKOSKOPOWEJ VIDEOABLACJI Z KARDIONEUROMODULACJĄ POD POSTACIĄ SYMPATEKTOMII (mini-CHAMPS)

I. Opis choroby będącej powodem zgłoszenia się pacjenta

Prawidłowy rytm serca („bicie serca”) zawdzięczamy funkcji układu bodźco-przewodzącego serca, na który składają się:

- węzeł zatokowy, w okolicy ujścia żyły głównej górnej do prawego przedsionka;
- węzeł przedsionkowo-komorowy,
- odchodzący od węzła przedsionkowo-komorowego pęczek Hisa dzielący się na prawą (i biegnący do prawej komory) oraz lewą (do lewej komory) odnogę. Prawidłowo impuls elektryczny powstający w węźle zatokowym przewodzony jest do węzła przedsionkowo-komorowego, a następnie pęczkiem Hisa i jego odnogami do komór serca. Dzięki temu kurczą się przedsionki, wypychając krew z nich do komór serca (prawej i lewej), następnie kurczą się komory, a krew wypływa z nich następująco:
- z prawej komory do pnia płucnego, następnie do płuc;
- z lewej komory do aorty, czyli głównej tętnicy organizmu, następnie do całego ciała.

Poza układem bodźco-przewodzącym serca wpływ na rytm naszego serca ma również nasz układ nerwowy, a konkretnie autonomiczny układ nerwowy, działający niezależnie od naszej woli, dzielący się na część współczulną (pobudzającą, aktywującą się pod wpływem stresu i mobilizującą organizm do „walki i ucieczki”, powoduje m. in. przyspieszenie rytmu serca) oraz przywspółczulną (hamującą, odpowiadającą za stan spoczynku i regeneracji organizmu, zmniejsza częstość rytmu serca).

Arytmie, czyli zaburzenia rytmu serca o różnych przyczynach, często są trudnymi do leczenia schorzeniami, wymagającymi leków, interwencji wykonywanych przez kardiologów oraz kardiochirurgów. Jednym z tego rodzaju arytmii jest migotanie przedsionków. To nieprawidłowy rytm serca w wyniku powstawania i przewodzenia impulsów elektrycznych poza układem bodźco-przewodzącym, jak w zdrowym sercu. Powoduje niepełne skurcze przedsionków z niepełnym opróżnianiem ich z krwi. Wiąże się to z ryzykiem powstawania skrzeplin w lewym przedsionku, ich odrywaniem i przedostawaniem się do krwi, a następnie „zatykaniem” drobnych naczyń krwionośnych narządów, np. mózgu, co powoduje udar niedokrwienny.

Migotanie przedsionków możemy podzielić m.in. na:

1. napadowe – trwające poniżej 7 dni;
2. przetrwałe – trwające 7 lub więcej dni, również przerywane skutecznym leczeniem (kardiowersja farmakologiczna lub elektryczna);
3. utrwalone – trwające latami, bez dalszych planów na przywrócenie rytmu zatokowego.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z ryzykiem powikłań (najczęstszym – wspomniany wyżej udar, ale również upośledzenie funkcji serca i spadek jego wydolności) oraz niekorzystnymi dla pacjenta objawami (uczucie „zatykania” w klatce piersiowej, kołatanie serca i towarzyszący temu dyskomfort uniemożliwiający codzienne funkcjonowanie) wskazane jest leczenie migotania przedsionków.

W utrwalonym migotaniu przedsionków z powodu braku możliwości skutecznego przywrócenia rytmu zatokowego zaleca się leki przeciwzakrzepowe, zapobiegające powstawaniu skrzeplin w lewym uszku. Powikłaniem stosowania tych leków są krwawienia z błon śluzowych lub przewodu pokarmowego. Innym rozwiązaniem jest chirurgiczne zamknięcie uszka lewego przedsionka – potencjalna skrzeplina z lewego przedsionka ma „zamkniętą” drogę do krwi, co zapobiega udarom.

Według najnowszych badań leczenie chirurgiczne przetrwałego migotania przedsionków daje trwalsze wyniki niż abblacja przezcewnikowa. Obecnie możliwe jest też tzw. leczenie hybrydowe, czyli zastosowanie obu metod u jednego pacjenta dla uzyskania lepszego efektu.

Migotanie przedsionków może współistnieć z komorowymi zaburzeniami rytmu serca/arytmiami komorowymi. Są to nieprawidłowe pobudzenia pochodzące z komór serca, niezależnie od przewodzenia w obrębie przedsionków. W ich powstawaniu udział również bierze nieprawidłowa aktywność autonomicznego układu nerwowego, szczególnie części współczulnej. Związane są z szybką nieprawidłową czynnością komór serca i mogą nie tylko dawać trudne do zniesienia objawy, jak uczucie „zatykania” w klatce piersiowej, kołatanie serca i towarzyszący temu dyskomfort uniemożliwiający codzienne funkcjonowanie, ale przede wszystkim mogą spowodować nagłe zatrzymanie serca i zgon.

Mogą to być np.:

- częstoskurcz komorowy;
- migotanie komór;
- katecholaminergiczny częstoskurcz komorowy;
- zespół wydłużonego QT;
- zespół Brugadów;
- „burza elektryczna”, czyli kilkukrotne wystąpienie w odstępach co najmniej 5 min. Epizodów uporczywych arytmii komorowych w przestrzeni 24 godzin, wymagających kardiowersji lub innych interwencji celem zahamowania arytmii.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Leczenie chirurgiczne w ww. zaburzeniach rytmu składa się z kilku etapów/procedur, wykonywanych podczas jednego **znieczulenia ogólnego**. Znieczulenie ogólne jest bardziej komfortowe w przypadku ww. operacji, gdyż znosi nie tylko ból, ale i świadomość, poza tym umożliwia wentylowanie jednego płuca, podczas gdy po przeciwnej stronie klatki piersiowej wykonywana jest procedura chirurgiczna.

Przed operacją otrzyma Pani/Pan heparynę drobnocząsteczkową we wstrzyknięciu podskórnym jako profilaktykę zakrzepicy żył głębokich oraz 1 dawkę antybiotyku dożylnie jako profilaktykę zakażeń.

Ww. etapami stanowiącymi całość leczenia chirurgicznego, nazywanego w skrócie mini-CHAMPS, należą:

1. Videoabblacja z dostępu przez torakoskopię jest małoinwazyjną metodą leczenia chirurgicznego zaburzeń rytmu – przetrwałego oraz przetrwałego długotrwałego migotania przedsionków.

Operacja ta przeprowadzana jest, jak powyżej wspomniano, w znieczuleniu ogólnym (potocznie nazywanym narkozą), polega na wykonaniu kilku nacięć na skórze po prawej i lewej stronie klatki piersiowej, przez które chirurdzy wprowadzają tzw. trokary, czyli specjalne „tunele” dla długich narzędzi endoskopowych, za pomocą których otwierają osierdzie i docierają żył płucnych oraz przedsionków serca. Obraz serca i wnętrza klatki piersiowej obserwują w powiększeniu na ekranie 3D. Specjalnymi urządzeniami elektrycznymi wykonują tzw.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

ablację epikardialną, czyli od zewnętrznej strony serca, przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, wykonują linie ablacyjne, tworzące korytarz/labirynt, poprzez który nieprawidłowe impulsy elektryczne nie będą mogły powstawać i być przewodzone do pozostałych części serca, co zapobiega zaburzeniom rytmu pod postacią migotania przedsionków. Jednocześnie, dzięki obecności elektrofizjologa wykonywane jest tzw mapowanie, czyli ocena elektrofizjologiczna miejsc powstawania i przewodzenia nieprawidłowych impulsów, oraz przerywanie ich za pomocą specjalnej elektrody wprowadzanej przez żyłę udową do prawego przedsionka serca.

2. Przy użyciu specjalnego „klipsa” zamykają uszko lewego przedsionka, co zapobiega oderwaniu potencjalnych skrzeplin z uszka lewego przedsionka, przedostanie się do innych narządów i spowodowanie np. udaru mózgu.

W przypadku utrwalonego migotania przedsionków wykonywany jest jedynie ten etap operacji. Na koniec tego etapu operacji zakłada się drenaż do klatki piersiowej, których zadaniem jest odessanie resztek krwi z klatki piersiowej oraz kontrola ewentualnego krwawienia pooperacyjnego.

3. Obustronna sympatektomia z dostępu przez torakoskopię, czyli małoinwazyjna metoda leczenia chirurgicznego komorowych zaburzeń rytmu, poprzez pozbawienie pobudzającego działania naszego układu nerwowego (jej części tzw. współczulnej) na serce, co hamuje lub uniemożliwia niebezpieczne dla życia przyspieszenie rytmu serca. W szczególności dotyczy to szybkiego rytmu komór (np. częstoskurcz czy migotanie komór serca, czyli rytmy prowadzące do nagłego zatrzymania serca i zgonu).

Operacja ta przeprowadzana jest w znieczuleniu ogólnym (potocznie nazywanym narkozą). Pacjent/ka układany jest kolejno na boku lewym, następnie po zakończeniu operacji po prawej stronie, na prawym boku. Zabieg chirurgiczny polega na wykonaniu kilku nacięć na skórze po prawej i lewej stronie klatki piersiowej, przez które chirurdzy wprowadzają tzw. trokary, czyli specjalne „tunele” dla długich narzędzi endoskopowych, za pomocą których dostają się ponad uciśniętym płucem (prawym, a następnie lewym) do leżącego w pobliżu kręgosłupa pnia współczulnego (część naszego układu nerwowego, unerwiającego narządy klatki piersiowej, w tym serce, i odpowiadającego za przyspieszenie jego rytmu), przecinają go tuż poniżej 2 żebra, i wycinają do wysokości żebra 5 (po prawej, a w kolejnym etapie operacji, po przełożeniu pacjenta na prawą stronę, również i po lewej stronie). Na koniec zakłada się drenaż do klatki piersiowej, których zadaniem jest odessanie resztek krwi z klatki piersiowej oraz kontrola ewentualnego krwawienia pooperacyjnego. Operację kończy zeszycie ran, założenie opatrunków oraz opasek elastycznych.

Po operacji pacjent/ka przewożony jest z Bloku Operacyjnego do Oddziału Pooperacyjnego/Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Tam pozostaje pod opieką anestezjologów do czasu wybudzenia i uzyskania wydolnego oddechu, zwykle 1 dobę. Następnie przeniesiona/y jest na oddział zachowawczy celem kontynuacji leczenia i rehabilitacji. Przy prawidłowym przebiegu pooperacyjnym zwykle w 3 dobie zostaje wypisana/y do domu.

Jeśli w przebiegu pooperacyjnym nie wystąpią zdarzenia niepożądane, pacjent/ka zwykle może opuścić szpital w 2-3 dobie po operacji.

Oczekiwane korzyści obejmują: przywrócenie/utrzymanie fizjologicznego rytmu zatokowego, zminimalizowanie ryzyka związanego z opornymi komorowymi zaburzeniami rytmu, ustąpienie dolegliwości związanych z nefizjologicznym nieprawidłowym rytmem serca, umożliwienie normalnego codziennego funkcjonowania, zminimalizowanie ryzyka powikłań udarowych, poprawa komfortu i wydłużenie życia.

(Miejsce na informację graficzną wykorzystywaną w trakcie przekazywania informacji na temat zabiegu)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

Poszczególne etapy operacji:

1. Dostęp przez torakoskopię, nacięcia skóry wprowadzenie trokarów, a przez nie narzędzi torakoskopowych. Wiodoczne klemy ablacyjne i wykonane nimi linie ablacyjne uniemożliwiające przewodzenie i powstawanie nieprawidłowych impulsów elektrycznych dających w efekcie nieprawidłowy rytm.
2. Sympatektomia – nacięcia skóry, wprowadzone trokary i narzędzia torakoskopowe, wycięcie fragmentu pnia współczulnego, który zostaje poddany badaniu histopatologicznemu.

III. Zalecenia pozabiegowe

Po wyjściu ze szpitala będzie Pan/Pani wymagał/a kontroli ambulatoryjnej u kardiologa elektrofizjologa (w 3, 6 i 12 miesiącu po operacji) oraz w poradni kardiologicznej (usunięcie szwów chirurgicznych 14 dni po zabiegu).

IV. Opis innych dostępnych metod leczenia

Ablacja przezcewnikowa przezskórna wykonywana przez kardiologa elektrofizjologa i/lub wszczepienie defibrylatora-kardiowertera – obecnie coraz częściej jako leczenie kompleksowe, wraz z obustronną sympatektomią torakoskopową.

Leczenie farmakologiczne – związane z działaniami niepożądanymi leków (np. amiodaron), zmniejszające komfort życia (leki dożylnie, np. wlew lignokainy, wymagają hospitalizacji).

V. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Ww. operacja może wiązać się z wystąpieniem wymienionych poniżej powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych (wczesnych i późnych):

1. Ryzyko zgonu okołoperacyjnego wynosi:..... i wynika z zaawansowania niewydolności serca, wieku oraz chorób współistniejących.
2. Krwawienie śródoperacyjne i pooperacyjne wymagające ponownego otwarcia klatki piersiowej oraz przetoczenia preparatów krwiopochodnych.
3. Niewydolność serca śród-i pooperacyjna mogąca wymagać zastosowania leków i/lub urządzeń wspomagających układ krążenia.
4. Zaburzenia rytmu serca mogące, w niektórych przypadkach, wymagać wszczepienia układu stymulującego serce.
5. Zawał mięśnia serca.
6. Niewydolność nerek wymagająca hemodializy.
7. Niewydolność oddechowa wymagająca przedłużonej wentylacji respiratorem.
8. Infekcja rany pooperacyjnej może to prowadzić do przedłużonego gojenia, a czasem do powstawania ropni lub przetok w ranach pooperacyjnych. Może także być przyczyną krwotoków septycznych – bardzo rzadko w przypadkach torakoskopii.
9. Zakażenia wirusem zapalenia wątroby (tzw. żółtaczki zakaźnej).
10. Powikłania neurologiczne.
11. Powikłania zatorowo - zakrzepowe (np. zatory tętnic obwodowych).
12. Odczyn po perikardiotomii wymagający nakłucia jamy osierdzia lub jamy opłucnowej.
13. Infekcyjne zapalenie wsierdzia.
14. Pooperacyjne zaburzenia świadomości.
15. Odma opłucnowa wymagająca założenia drenażu.
16. Zakrzepicy żył głębokich. Objawy zakrzepicy żył głębokich to obrzęk i ból kończyny. Zakrzepica żył głębokich może być powikłana zatorowością płucną. Objawami zatorowości płucnej mogą być nagła duszność, ból w klatce piersiowej, krwiotłucie, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, utrata przytomności, zatrzymanie akcji serca. Odsetek tych powikłań nie przekracza 1%.
17. Zakrzepicy (zakrzepowe zapalenie) żył powierzchownych.
18. Uszkodzenia sąsiednich narządów (np. części serca czy płuc – konieczny może być przedłużony drenaż



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

czynny/ssący z powodu odmy lub krwawienia). Ryzyko wzrasta przy znacznej otyłości, przy zaburzonych stosunkach anatomicznych, u chorych, którzy poprzednio przebyli zabiegi operacyjne w klatce piersiowej, u chorych po przebytych rozległych stanach zapalnych, urazach, napromienianiu tej okolicy.

19. Uszkodzenia nerwów czuciowych w obrębie międzyżebrowych. Jest to powikłanie niegroźne, ale może być uciążliwe. Może prowadzić do przeczulicy lub niedoczulicy skóry w obrębie klatki piersiowej.
20. Krwawienia z przewodu pokarmowego.
21. Uszkodzenia skóry przez środki dezynfekujące lub prąd elektryczny.
22. Powstania przerośniętych blizn, które mogą powstawać w przypadku skłonności osobniczych lub powikłań w procesie gojenia.

Część ww. powikłań może wymagać kolejnych operacji, zmiany sposobu leczenia, przedłużenia jego okresu i może być także przyczyną śmierci.

VI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

Ryzyko operacji oceniane na podstawie skali EUROSCORE _____

Dla zabiegów „małych”

Ryzyko powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po operacji pacjent/ka przewożona/y jest do Pododdziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Kliniki Kardiologii, gdzie pacjent pozostaje wentylowany mechanicznie i monitorowany w bezpośrednim okresie pooperacyjnym. W ciągu następnych kilku godzin jest powoli wybudzana/y. Zwykle po jednej dobie pobytu na Oddziale Intensywnej Terapii pacjent/ka jest przekazywana/y do oddziału zachowawczego celem dalszego leczenia pooperacyjnego i kontynuacji rehabilitacji. Po następnych kilku (2-3) dniach rekonwalescencji i wykonaniu badań kontrolnych pacjent/ka może być wypisana/y do domu.

Operacja małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sumpatektomii (mini-CHAMPS) zmniejsza istotnie ryzyko udaru i jego powikłań (niedowłady, zgon) oraz ryzyko nawrotu opornych ciężkich komorowych zaburzeń rytmu i związanych z tym powikłań (nagłe zatrzymanie krążenia i zgon). Może stanowić element podejścia kompleksowego, czyli uzupełnienia przez ablację przezskórną przecewnikową i/lub wszczepienie defibrylatora-kardiowertera. Stwierdzono, że przywrócenie fizjologicznego rytmu zatokowego wiąże się z wydłużeniem życia oraz zmniejszeniem ryzyka niewydolności serca, a także podniesieniem komfortu życia i przywróceniem możliwości codziennego normalnego funkcjonowania.

Ryzyko odległych powikłań

[] małe

[] średnie

[] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacyjnego leczenia wiąże się ze zwiększonym istotnie ryzykiem udaru oraz rozwoju opornej na leczenie farmakologiczne niewydolności serca, w tym kardiomiopatii przedsionkowej, a także nagłego zgonu.

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

IX. Oświadczenia Pacjenta dot. proponowanej

MAŁOINWAZYJNEJ HYBRYDOWEJ TORAKOSKOPOWEJ VIDEOABLACJI Z KARDIONEUROMODULACJĄ POD POSTACIĄ SYMPATEKTOMII (mini-CHAMPS)

W dniu ____/____/____/ lekarz
przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sympatektomii (mini-CHAMPS)**.

Oświadczam, że miałem/am wystarczający czas na zapoznanie się z informacją zawartą w niniejszym formularzu, zapoznałem/am się z nią i ją zrozumiałem/am, zrozumiałem/am także wyjaśnienia lekarza, zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a o celu i przebiegu operacji oraz ryzyku powikłań jej wykonania albo możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia, miałem/am możliwość zadawania dodatkowych pytań, na które uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że przebieg, ryzyko powikłań oraz efekty operacji nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po operacji.

Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanej operacji prosimy o ich wpisanie poniżej:

Przed rozpoczęciem operacji udzieliłem/udzieliłam pełnych i prawdziwych informacji na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/braku ciąży,
- przyjmowanie leków,
- przebytych zabiegów i urazów.

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Prosimy o podanie ewentualnych zastrzeżeń i uwag dotyczących opisanych powyżej informacji:

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

W związku z powyższym:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zaproponowanej **małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sympatektomii (mini-CHAMPS).**

Zostałem/am poinformowany/a, że udzielona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili cofnięta.

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej **małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sympatektomii (mini-CHAMPS).**

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia, które obejmują w szczególności:

Uzasadnienie odmowy

*(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego i ewentualnego wskazania uzasadnienia odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie **małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sympatektomii (mini-CHAMPS).** (Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)*

data i godzina

czytelny podpis Pacjenta

data i godzina

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby:

X. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że:

przedstawiłem/am* pacjentce/pacjentowi planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną. Udzieliłem/am informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź świadomą odmowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej oraz udzieliłem odpowiedzi na jej/jego pytania. Poinformowałem pacjentkę/pacjenta o negatywnych konsekwencjach niewyrażenia zgody na zaproponowaną operację.

Z uwagi na stan pacjenta powyższe informacje nie zostały mu przekazane*.

data

oznaczenie lekarza udzielającego wyjaśnień
i odbierającego oświadczenie (pieczętka i podpis)

Pacjent nie jest w stanie złożyć oświadczenia o wyrażeniu zgody / odmowie wyrażenia zgody w formie pisemnej z powodu:

Pacjent złożył oświadczenie o wyrażeniu zgody/odmowie wyrażenia zgody* **na przeprowadzenie małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sympatektomii (mini-CHAMPS).** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

miejsce na ewentualny podpis osoby trzeciej

Uzyskano zgodę sądu opiekuńczego **na przeprowadzenie małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji z kardioneuromodulacją pod postacią sympatektomii (mini-CHAMPS).**

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza i wskazania przyczyny uzyskania zgody zastępczej, danych sądu, daty i miejsca wydania, sygnatury postanowienia oraz jego zakresu):

data

podpis i pieczętka lekarza