



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 OSZCZĘDZAJĄCEJ WĘZEŁ ZATOKOWY (SNS)

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).

Nieadekwatna tachykardia zatokowa (z ang. IST) jest zaburzeniem rytmu serca polegającym na znacznym jego przyspieszeniu bez jawnej przyczyny. Dotyczy najczęściej młodych kobiet, które skarżą się na uciążliwe przyspieszenie serca w spoczynku lub nawet we śnie, mogące stale się utrzymywać. W związku z ryzykiem powikłań (np. upośledzenie funkcji serca i spadek jego wydolności, omdlenia podczas zmiany pozycji lub w spoczynku) oraz niekorzystnymi dla pacjenta objawami (uczucie „zatykania” w klatce piersiowej, kołatanie serca i towarzyszący temu dyskomfort i znaczny niepokój uniemożliwiające codzienne funkcjonowanie) wskazane jest leczenie nieadekwatnej tachykardii zatokowej.

Obecnie możliwe jest tzw. leczenie hybrydowe, czyli zastosowanie małoinwazyjnej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy z jednoczasowym badaniem elektrofizjologicznym (mapowaniem) służącym precyzyjnemu określeniu miejsc powstawania nieprawidłowego bodźca, co umożliwi celowaną ablację, ale jednocześnie zapobiega uszkodzeniu węzła zatokowego, który jest naturalnym „rozrusznikiem” naszego serca.

II. Opis przebiegu proponowanej operacji, znieczulenie i oczekiwane korzyści

Videoablacja z dostępu przez torakoskopię jest małoinwazyjną metodą leczenia chirurgicznego zaburzeń rytmu, np. nieadekwatnej tachykardii zatokowej. Operacja ta przeprowadzana jest **w znieczuleniu ogólnym** (potocznie nazywanym narkozą), polega na wykonaniu zwykle trzech nacięć na skórze po prawej stronie klatki piersiowej, przez

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby

które chirurdzy wprowadzają tzw. trokary, czyli specjalne „tunele” dla długich narzędzi endoskopowych, za pomocą których otwierają osierdzie i docierają do żył płucnych oraz żył głównych górnej i dolnej serca. Obraz serca i wnętrza klatki piersiowej obserwują w powiększeniu na ekranie 3D. Specjalnymi urządzeniami elektrycznymi wykonują tzw. ablację epikardialną, czyli od zewnętrznej strony serca, wokół żył płucnych, żyły głównej górnej oraz wokół żyły dolnej. Wykonane w ten sposób prądem o częstotliwości radiowej linie ablacyjne uniemożliwiają powstawanie i przewodzenie nieprawidłowych impulsów elektrycznych w sercu. Jednocześnie dzięki wykonanemu mapowaniu, elektrofizjolog ma możliwość uzupełnić ablację chirurgiczną przerwaniem nieprawidłowych dróg przewodzenia bodźca od strony wewnętrznej serca, czyli wprowadzając specjalną elektrodę przez żyłę udową do prawego przedsionka (hybrydowe działanie). Zwiększa to skuteczność ablacji.

Na koniec zakłada się dreny do klatki piersiowej, których zadaniem jest odessanie resztek krwi z klatki piersiowej oraz kontrola ewentualnego krwawienia pooperacyjnego. Po operacji pacjent/ka przewożona jest z Bloku Operacyjnego do Oddziału Pooperacyjnego/Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Tam pozostaje pod opieką anestezjologów do czasu wybudzenia i uzyskania wydolnego oddechu.

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 ablacja.

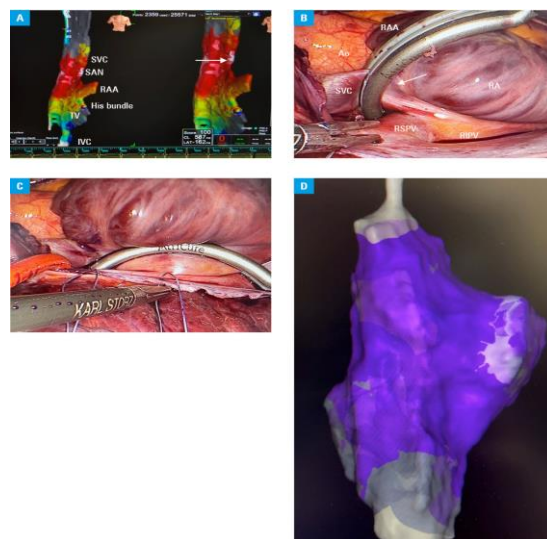
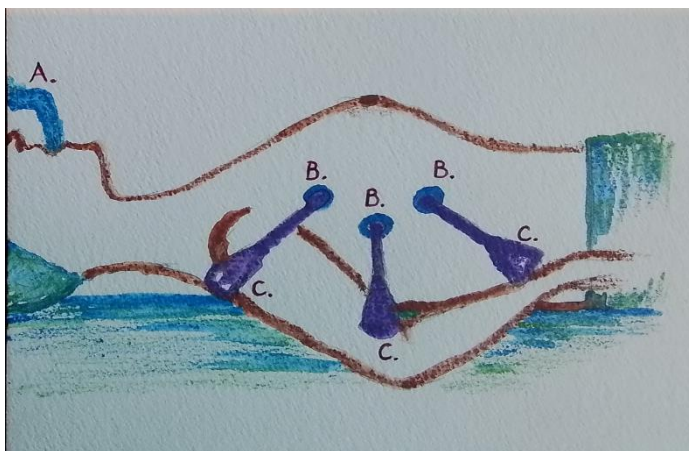
Przed operacją otrzyma Pani/Pan heparynę drobnocząsteczkową we wstrzyknięciu podskórnym jako profilaktykę zakrzepicy żył głębokich oraz 1dawkę antybiotyku dożylnie jako profilaktykę zakażeń.

Operację kończy zeszycie ran, założenie opatrunków oraz opasek elastycznych.

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

Oczekiwane korzyści obejmują: przywrócenie fizjologicznego rytmu zatokowego, ustąpienie dolegliwości związanych z nefizjologicznym nieprawidłowym rytmem serca, zminimalizowanie ryzyka omdleń i stanów przedomdleniowych, umożliwienie codziennego normalnego funkcjonowania, podniesienie komfortu i wydłużenie życia.

1. Rys. przedstawia ułożenie pacjentki/a i dostęp torakoskopowy podczas ww. operacji: A. Rurka intubacyjna; B. Miejsca nacięcia skóry i wprowadzenia trokarów; C. Wprowadzone narzędzia torakoskopowe.
(oprac. własne. E. Kwaśniak)



2. Obraz z przebiegu operacji: A. i D. Mapowanie elektroanatomiczne celem ustalenia właściwego miejsca ablacji. B. i C. Ablacja wokół ujścia żyły głównej górnej (B), oraz ujść żył płucnych (C).

Źródło: PAIM, Archive, 2025, Vol. 135, No. 5; 10.20452/pamw.17014.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby

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

Leczenie farmakologiczne – związane z działaniami niepożądanymi leków.

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. żółtaczką zakaźną).
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, krwioplucie, 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 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 przeculicy lub niedoculicy 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.



Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL/Data urodzenia:

Nr historii choroby

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 wybudzany. 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 torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł** zatokowy zmniejsza istotnie ryzyko omdleń. Może wymagać podejścia kompleksowego, czyli uzupełnienia ablacją przezskórną przezcewnikową. Stwierdzono, że przywrócenie fizjologicznego rytmu zatokowego wiąże się z wydłużeniem życia oraz zmniejszeniem ryzyka niewydolności serca i przywróceniem możliwości normalnego codziennego funkcjonowania, wraz z wypełnianiem wybranych ról społecznych, rodzinnych i zawodowych.

Ryzyko odległych powikłań [] małe [] średnie [] duże

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Rezygnacja z operacyjnego leczenia wiąże się ze zwiększonym istotnie ryzykiem omdleń i brakiem możliwości normalnego codziennego funkcjonowania.

(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
OPERACJI MAŁOINWAZYJNEJ HYBRYDOWEJ TORAKOSKOPOWEJ VIDEOABLACJI
OSZCZĘDZAJĄCEJ WĘZEŁ ZATOKOWY (SNS)**

W dniu ____/____/____/ lekarz przeprowadził/a ze mną rozmowę wyjaśniającą na temat **proponowanej małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy (SNS)**.

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 **proponowanej małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy (SNS)** oszczędzającej węzeł zatokowy.

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

data

czytelny podpis Pacjenta

data

czytelny podpis Przedstawiciela
ustawowego Pacjenta

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie zaproponowanej **proponowanej małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy (SNS)**.

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 **proponowanej małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy (SNS)**. Podanie uzasadnienia jest dobrowolne.)*

data

czytelny podpis Pacjenta

data

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 proponowanej małoinwazyjnej hybrydowej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy (SNS)** w następujący sposób:

Oświadczenie zostało złożone w sposób dostatecznie jasny.

data i godzina

oznaczenie lekarza odbierającego
oświadczenie (pieczętka i podpis)

Uzyskano zgodę sadu opiekuńczego **na przeprowadzenie małoinwazyjnej torakoskopowej videoablacji oszczędzającej węzeł zatokowy (SNS).**

(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