

ROZVAHA LÉKAŘE

Jméno pacienta:

Datum narození:

Pacient/ka je v paliativní péči pro terminální fázi **nevléčitelného** onemocnění. Aktivovaná defibrilační funkce implantabilního kardioverteru-defibrilátoru pro ni/něj představuje vysoké riziko aplikace **bolestivého výboje v závěru života**.

Tato léčba nadále **nepřispívá k naplnění cíle péče, kterým je zajištění maximálního komfortu a zabránění utrpení v závěru jejího/jeho života** a stává se tedy neúčelnou.

Nemocné/mu byla po společné rozvaze nabídnuta možnost **deaktivace defibrilační funkce** implantabilního kardioverteru-defibrilátoru. V případě rozvoje maligní arytmie přístroj neaplikuje elektrický výboj, což může vést k úplné zástavě srdeční funkce a k následnému úmrtí.

Kardiostimulační funkce přístroje zůstává nadále zachována, protože naplňuje cíl péče v zajištění komfortu a kvality pacientova života v jeho závěru.

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁSTUPCE

Jsem si vědom/a toho, že se nacházím v terminální fázi nevléčitelného onemocnění:

.....

V dalším průběhu svého onemocnění si přeji **léčbu zaměřenou na udržení komfortu a tišení utrpení v závěru mého života**.

Na základě informací, které jsem od svého ošetřujícího lékaře dostal/a,

SOUHLASÍM

s přeprogramováním mého implantabilního kardioverteru-defibrilátoru a s **deaktivací jeho defibrilační funkce** s cílem předejít aplikaci bolestivého výboje v případě rozvoje závažné arytmie v závěru mého života.

Jsem v souladu s názorem, že pokračování v defibrilační funkci mého implantabilního kardioverteru-defibrilátoru **nenaplňuje výše formulovaný cíl péče**.

Podpis pacienta/zástupce:

Podpis svědka:

Podpis lékaře, který provedl poučení:

Datum: