

Imię i nazwisko:

Pesel:

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE ECHOKARDIOGRAFICZNE OBCIĄŻENIOWE

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/a zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego badania.

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie wykonanych dotychczas badań stwierdzono, że Pani/a stan zdrowia wymaga wykonania echokardiograficznego badania obciążeniowego, które polega na porównaniu funkcji serca w spoczynku i podczas obciążenia, czyli podczas podawania leku - dobutaminy. Dobutamina jest lekiem od dawna stosowanym w oddziałach kardiologicznych. Działa na mięsień serca, wywołując efekty podobne do tych, które obserwujemy podczas wysiłku fizycznego (przyspiesza i poprawia pracę serca, podnosi ciśnienie tętnicze).

Pozwala to na uzyskanie istotnych dodatkowych informacji. O wyborze rodzaju i protokołu obciążenia podczas badania decyduje lekarz w pracowni wykonującej procedurę.

Sposób przygotowania do badania

Może być wymagana modyfikacja niektórych przyjmowanych leków – wg zaleceń lekarza prowadzącego.

Przeciwwskazania do wykonania badania:

- Brak zgody pacjenta.
- Nadwrażliwość na lek.
- Ciężkie zwężenie drogi odpływu z lewej komory serca.
- Niestabilna choroba wieńcowa.
- Jaskra – przy stosowaniu Atropiny.

Opis badania

Echokardiograficzne badanie obciążeniowe wykonuje się w pozycji leżącej. Pacjentowi podaje się poprzez wcześniej założone wkłucie dożylnie wlew dobutaminy w dawkach zwiększanych co 3 minuty (do dawki maksymalnej przewidziane w protokole). Efektem jest przyspieszenie czynności serca. W przypadku, gdy zakładany efekt nie zostaje uzyskany, podaje się dodatkowo atropinę – dożylnie, w małych dawkach. Podczas całego badania monitoruje się pracę serca przy pomocy echokardiografii i zapisu EKG. Pielęgniarka co 3 minuty mierzy ciśnienie tętnicze. Badania trwa około 30 min.

Informacje, które należy zgłosić wykonującemu badanie

Przed badaniem – ewentualne reakcje alergiczne na leki.

W czasie badania - wszelkie nowe lub nagłe dolegliwości (np. ból, duszność, osłabienie).

Korzyści wynikające z echokardiograficznego badania obciążeniowego z użyciem dobutaminy są znacznie większe od ryzyka związanego z wystąpieniem działań ubocznych. Największą korzyścią dla pacjenta jest możliwość ustalenia rozpoznania i wyboru optymalnej metody leczenia.

Echokardiograficzne badanie obciążeniowe jest stosunkowo bezpiecznym badaniem, ale sporadycznie mogą wystąpić powikłania.

Powikłania badania echokardiograficznego obciążeniowego są rzadkie i zazwyczaj łagodne. **Do głównych powikłań należą:**

- uczucie gorąca, kołatanie serca, niepokój, nudności, ból głowy, drżenia mięśniowe,
- ból dławicowy, spadek ciśnienia tętniczego (rzadko o znacznym nasileniu), zaburzenia rytmu serca (pojedyncze skurcze nadkomorowe i komorowe do 10% badań), częstoskurcze (rzadko),
- ostry zawał serca – 0,04 - 0,07 % (4 -7 przypadków na 10 000 badań),
- migotanie komór - 0,05 - 0,07 % (5 – 7 przypadków na 10 000 badań),
- zgon – 0,01 % (1 przypadek na 10 000 badań),

Imię i nazwisko: Pesel:

- inne bardzo rzadko występujące i trudne do przewidzenia powikłania występują u mniej niż 0,1% poddanych zabiegowi pacjentów.

Rokowanie:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej procedury medycznej jest w Pani/Pana przypadku:

duże średnie ograniczone

1. Oświadczenie:

- Zapoznałem/am się ze szczególnym opisem zabiegu/badania medycznego/ sposobu leczenia, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku zabiegu medycznego/ leczenia, jak też konsekwencjami odmowy braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego (badanie/leczenie);
- Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź
- Zapoznałem/am się z możliwościami zastosowania alternatywnych metod diagnostyki/ leczenia;
- Zgadzam się/ nie zgadzam się* na ewentualne modyfikowanie sposobu proponowanej metody diagnostycznej/ sposobu leczenia w niezbędnym zakresie – zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu leczenia;
- Zgadzam się / nie zgadzam się* na przeniesienie mnie do właściwego szpitala/ oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia;
- Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie zabiegu/badania medycznego;
- Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu/badania zastosowane leczenie – w każdej chwili.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych i medycznych (wyniki badań dotychczasowych jak i następnym) do:
 - medycznych baz danych pacjentów: szpitalnej, ogólnopolskiej i europejskiej.
 - badań oceniających: zastosowanych u mnie metod leczenia, jak również na publikowanie wyników tych badań (publikacje nie będą zawierały danych personalnych pozwalających na ustalenie mojej tożsamości).

*niepotrzebne skreślić;

wyrażam zgodę

odmawiam wyrażenia zgody

.....
/czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/opiekuna prawnego/

Lekarz przyjmujący oświadczenie:

Data:

/pieczęć i podpis lekarza/