SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY
Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_ PJ16_F39

ZGODA NA ECHOKARDIOGRAFICZNY TEST OBCIĄŻENIOWY Z ZASTOSOWANIEM DOBUTAMINY

Imię i nazwisko Pacjenta:			
PESEL Pacjenta:		Nr księgi głównej:	

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania.

Badanie echokardiograficzne obciążeniowe z użyciem dobutaminy polega na ocenie obrazu echokardiograficznego serca w trakcie podawania drogą dożylną leku – dobutaminy. Dobutamina działa na mięsień sercowy w sposób zbliżony do wysiłku, przez co u osób ze zwężeniem tętnic wieńcowych może spowodować wystąpienie niedokrwienia, które w badaniu echokardiograficznym objawia się zaburzeniami kurczliwości mięśnia serca. Podczas podawania dobutaminy lekarz obserwuje obraz serca na ekranie aparatu echokardiograficznego. Rejestrowany jest także w sposób ciągły elektrokardiogram. Dobutamina jest lekiem powszechnie stosowanym w oddziałach kardiologicznych. W trakcie jej podawania występuje przyśpieszenie częstości serca, niekiedy połączone z uczuciem kołatania. Mogą występować dodatkowe skurcze serca, spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego, uczucie gorąca, mrowienia skóry, niepokoju i nudności.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.

Badanie echokardiograficzne obciążeniowe z użyciem dobutaminy pozwala na zdiagnozowanie rodzaju i stopnia zaawansowania choroby serca oraz ułatwia wybór optymalnej metody leczenia.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.

Pacjent przed badaniem powinien być co najmniej 4 godziny na czczo. W części przypadków lekarz zaleca odstawienie leków, zwalniających częstość rytmu serca.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Groźne powikłania badania echokardiograficznego obciążeniowego z użyciem dobutaminy występują rzadko – ryzyko wystąpienia groźnych dla życia powikłań wynosi: ostry zawał serca – 0,04 – 0,07% (4-7 przypadków na 10000

badań), migotanie komór – 0,05 – 0,07% (5- 7 przypadków na 10000 badań), zgon – 0,01% (1 przypadek na 10000 badań). W razie wystąpienia niedokrwienia mięśnia serca, manifestującego się bólem, zaburzeniami kurczliwości mięśnia serca, zmianami w zapisie EKG lub w przypadku wystąpienia jakichkolwiek innych niekorzystnych objawów zgłaszanych przez pacjenta lub obserwowanych przez lekarza, badanie jest natychmiast przerywane.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Korzyści wynikające z badania echokardiograficznego obciążeniowego z użyciem dobutaminy są znacznie większe od ryzyka działań ubocznych, jakie mogą wystąpić w czasie tego badania.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

9. Uwagi:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/łam istotnych informacji odnośnie:

☐ mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

☐ w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

☐ jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

Imię i nazwisko:		PESEL:		Nr ks. gł.:	

☐ zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

☐ ponadto oświadczam, iż przyjęłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

☐ oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

Data	*Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.*	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

☐ **Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu**

Data	*Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.*	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

Data	*Podpis i numer PWZ lekarza*

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY / ☐ COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu

Data	*Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.*	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

Data	*Podpis i numer PWZ lekarza*

** zaznacz właściwe*
*** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego*

Imię i nazwisko:		PESEL:		Nr ks. gł.:	

☐ Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

Data	*Podpis lekarza*	*Podpis świadka*