



**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_F40

ZGODA NA ECHOKARDIOGRAFICZNE BADANIE PRZEZPRZEŁYKOWE

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.

Echokardiograficzne badanie przezprzełykowe (TEE) jest półinwazyjnym badaniem wykorzystującym ultradźwięki w celu uwidocznienia struktur serca z dostępu przezprzełykowego i przezżołądkowego.

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

Wskazania do badania wynikają z niemożności uzyskania potrzebnych dla leczenia pacjenta informacji w badaniu przez ścianę klatki piersiowej.

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

Przed badaniem należy: -pozostawać na czczo przynajmniej przez 6 godzin przed badaniem oraz 1 godzinę po badaniu (lub dłużej, do ustąpienia „odrętwienia” gardła) -wyjąć protezy zębowe z jamy ustnej -poinformować lekarza badającego o przebytych chorobach przetyku i żołądka (uchytki, guzy, żylaki, oparzenia, zabiegi, operacje), radioterapii, chorobach wirusowych (wrisuowe zapalenie wątroby, infekcja HIV) oraz uczuleniach na leki - nie prowadzić pojazdów / nie obsługiwać urządzeń mechanicznych w dniu badania.

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

Możliwe powikłania wiążą się przede wszystkim z koniecznością wprowadzenia głowicy do przetyku oraz górnej części żołądka, a także z zastosowanym znieczuleniem miejscowym oraz podawanym dożylnie lekiem uspokajającym z grupy benzodiazepin. Do badania niezbędne jest założenie wkłucia dożylnego. W trakcie badania może także zajść potrzeba podania środka kontrastowego, najczęściej w celu uwidocznienia nieprawidłowych przepływów w obrębie serca oraz wykonania przez pacjenta próby Valsalvy. Wszelkie wątpliwości i pytania związane z badaniem zgłosić przed jego rozpoczęciem lekarzowi.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Pomimo doświadczenia osoby badającej oraz zachowania zasad bezpieczeństwa mogą wystąpić groźne powikłania (włącznie ze zgonem), jednak zdarzają się one bardzo rzadko. Potencjalne powikłania mogą między innymi polegać na: -przebicju przetyku (z zapaleniem śródpiersia) (< 1 : 6000) -krwawieniu z przewodu pokarmowego (<1 : 3000) - niewielkim krwawieniu z błon śluzowych (<1 : 500) -incydentach zatorowych (do udaru mózgu włącznie) -rzadko spotykanych reakcjach uczuleniowych na środki znieczulające (skurcz oskrzeli, wstrząs anafilaktyczny) lub środek kontrastowy -przejściowo obniżonej sprawności psychofizycznej (po lekach uspokajających).

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Brak możliwości rozpoznania patologii układu sercowo-naczyniowego.

7. Alternatywnych metodach leczenia.

Brak.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Brak zgody chorego. Schorzenia przetyku uniemożliwiają instrumentację.

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 zataiłam/tał 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,

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 przyjąłam/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,

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

| | | |
|-------------|--|--|
| | | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i> | <i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i> |

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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

| | | |
|-------------|--|--|
| | | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i> | <i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i> |

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis i numer PWZ lekarza</i> |

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

| | | |
|-------------|--|--|
| | | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i> | <i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i> |

| | |
|-------------|-----------------------------------|
| | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis i numer PWZ lekarza</i> |

* zaznacz właściwe

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

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|
| | | |
| <i>Data</i> | <i>Podpis lekarza</i> | <i>Podpis świadka</i> |