

CENTRUM MEDYCZNE DOBRA sc

Iwona Nikodemka Tomasz Nikodemski

ul. Poziomkowa 5b 72-003 Dobra

REGON: 321332771 NIP: 851-316-76-43

Rejestracja

tel. Zalogowany operator, Poc

Pacjent, Imię Pacjent, Nazwisko

Pacjent, PESEL

Pacjent, Adres, Pelen

Data wizyty: Dane administracyjne, Dat

ZGODA PACJENTA na badanie: Echokardiograficzne badanie obciążeniowe z dobutaminą

- 1. CEL BADANIA:** Echokardiograficzne badanie obciążeniowe (tzw. STRES ECHO) z dobutaminą to badanie ultrasonograficzne serca, które ma na celu wykrycie niedokrwienia mięśnia sercowego w warunkach jego zwiększonej pracy.
W trakcie badania lek o nazwie Dobutamina jest podawany dożylnie za pomocą pompy infuzyjnej, Lek powoduje przyspieszenie czynności serca i zwiększenie zużycia tlenu przez komórki mięśnia sercowego. W przypadku gdy obecne w naczyniach wieńcowych istotne zwężenia miażdżycowe ograniczają przepływ krwi, dochodzi do objawów niedotlenienia mięśnia sercowego. Niedotlenienie objawia się zaburzeniami kurczliwości mięśnia sercowego, a czasem zmianami w EKG i bólem wieńcowym. Za pomocą badania echokardiograficznego w trakcie całego testu oceniana jest kurczliwość serca, by jak najszybciej wykryć jego niedokrwienie.
- 2. WSKAZANIA do badania:** Echokardiograficzne badanie obciążeniowe z dobutaminą stanowi alternatywę dla badania wysiłkowego EKG dla osób, które nie są w stanie wykonać wysiłkowego testu EKG lub u których zapis EKG uniemożliwia poprawną interpretację badania wysiłkowego EKG. Echokardiograficzne badanie obciążeniowe z dobutaminą jako dokładniejsze niż test wysiłkowy EKG umożliwi lepszą ocenę niedokrwienia w przypadkach trudnych, np. po przebytych zabiegach na sercu (by-passy, stent, angioplastyka) oraz przy kwalifikacji do tych zabiegów.
- 3. PRZECIWSKAZANIA do badania:** Ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, choroby utrudniające wyrzut krwi z serca np: zwężenie zastawki aortalnej lub kardiomiopatia przerostowa i choroby zapalne serca.
- 4. PRZYGOTOWANIE PACJENTA do badania:** Do badania pacjent nie musi pozostawać na czczo. Przed testem dobutaminowym niektóre leki są odstawione, dlatego w tym celu należy skontaktować się z lekarzem. Przed badaniem należy poinformować lekarza o uczuleniu na leki, o stosownym leczeniu oraz ciąży.
- 5. PRZEBIEG badania:** Przed badaniem pielęgniarka zakłada dożylny wenflon za pomocą którego jest podawany lek -Dobutamina. Przed badaniem i po jego zakończeniu pielęgniarka wykonuje również EKG oraz dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego. W trakcie całego badania monitorowane są: echokardiogram serca, EKG i ciśnienie tętnicze. Badanie z przygotowaniem trwa zwykle kilkadziesiąt minut. Może wiązać się z nieprzyjemnymi, lecz zwykle krótkotrwałymi doznaniem, najczęściej są to: mrowienia, drętwienia, nudności, bóle głowy, uczucie gorąca, kołatania serca. Po zakończeniu badania lub po ustąpieniu objawów niedokrwienia, pacjent pozostaje w szpitalu lub przychodni przez co najmniej godzinę (chyba, że lekarz zaleci inaczej).
- 6. MOŻLIWE POWIKŁANIA po badaniu:** Wystąpienie lub nasilenie zaburzeń rytmu, duszność, spadek lub wzrost wartości ciśnienia tętniczego, zawał serca.

Lekarz, Wykonujący, Imię Lekarz, Wykonujący, Nazw

Lekarz, Wykonujący, Num

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji

CENTRUM MEDYCZNE DOBRA sp. z o.o.

Iwona Nikodemski Tomasz Nikodemski

ul. Poziomkowa 5b 72-003 Dobra

REGON: 321332771 NIP: 851-316-76-43

Rejestracja
tel. 505 805 585

Pacjent, Imię

Pacjent, Nazwisko

Data wizyty: Dane administracyjne, Data

Pacjent, PESEL

Pacjent, Adres, Pelen

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Oświadczam, że zostałem/am wyczerpująco poinformowany/na o celu proponowanego badania, spodziewanych wynikach diagnostycznych, o ryzyku powikłań wykonania lub zaniechania wykonania badania oraz osobiście przeczytałem/am informacje zawarte w powyższym formularzu. Zapoznałem/am się z wykazem możliwych powikłań.

ZROZUMIAŁEM/AM WYJAŚNIENIA LEKARZA I NIE MAM WIĘCEJ PYTAŃ.

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE

Data:

.....
Czytelny podpis pacjenta

Lekarz, Wykonujący, Imię

Lekarz, Wykonujący, Nazwisko

Lekarz, Wykonujący, Numer

.....
Podpis i pieczęć lekarza