

CENTRUM MEDYCZNE DOBRA sc

Iwona Nikodemski 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	

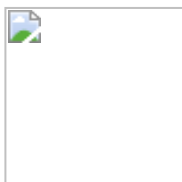
Data wizyty: Dane administracyjne, Dat

ZGODA PACJENTA na badanie: Przepływu w tętnicach mózgu metodą Dopplera po podaniu mieszaniny glukozy z małą ilością dwutlenku węgla do żyły obwodowej (TCD)

- CEL BADANIA:** Badanie przepływu w tętnicach mózgu metodą Dopplera po podaniu mieszaniny glukozy z małą ilością dwutlenku węgla do żyły obwodowej (TCD) ma na celu wykazanie obecności przecieku krwi z prawego do lewego przedsionka. Przeciek krwi może być przyczyna epizodu przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego lub udaru mózgu.
- WSKAZANIA do badania:**
 - Przebyty epizod przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego lub udaru mózgu (jeśli nie można określić jego przyczyny).
- PRZECIWWSKAZANIA do badania:**
 - Brak współpracy z pacjentem (duże uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego - OUN)
 - Wada serca z istotnym przeciekiem lewo - prawym
- PRZYGOTOWANIE PACJENTA do badania:**
 - Wykonanie badania echokardiograficznego przezklatkowego celem wykluczenia patologii, która może być przyczyną niebezpiecznego dużego przecieku do jam lewego serca
 - założenie dojścia dożylnego - wenflonu
- PRZEBIEG badania:** W czasie badania lekarz przykładą głowicę w okolicy skroniowej, która umożliwia obrazowanie przepływu w tętnicach mózgu. Pielęgniarka na polecenie lekarza podaje pacjentowi dożylnie mieszaninę glukozy 15-20 ml i 0,5-1 ml dwutlenku węgla. Dwutlenek węgla jest gazem szybko usuwanym z wydychanym powietrzem. W razie istnienia przecieku obecność gazu jest wykrywana w tętnicach mózgu.
- MOŻLIWE POWIKŁANIA po badaniu:** Przejście większej ilości mieszaniny do tętnic mózgu może spowodować objawy przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (np. przejściowy niedowład połowiczny lub przejściowe zaburzenia mowy).

Lekarz, Wykonujący, Imię	Lekarz, Wykonujący, Nazwisko
Lekarz, Wykonujący, Numer	

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



CENTRUM MEDYCZNE DOBRA sc

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
Pacjent, PESEL	
Pacjent, Adres, Pelen	

Data wizyty:

Dane administracyjne, Data

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