

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE ECHO PRZEZPRZĘŁYKOWE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami) | |
| Numer karty pacjenta | |
| PESEL <u>lub</u> numer dokumentu tożsamości | |
| Imię i nazwisko opiekuna prawnego (drukowanymi literami jeśli dotyczy) | |

Cel badania

Przezprzełykowe badanie ECHO wykonywane jest w celu dokładniejszej (w porównaniu z badaniem ECHO przezklatkowym) oceny struktur serca, ponieważ umieszczenie sondy badającej w przełyku, który bezpośrednio przylega do serca, pozwala uzyskać bardzo szczegółowy obraz.

Badanie wykonuje się w celach diagnostycznych u chorych z wadami wrodzonymi serca, chorobami aorty, jak też w przypadku podejrzenia obecności skrzepliny w sercu (również u pacjentów przed kardiowersją) oraz u chorych którzy doznali udaru mózgu z niejasnej przyczyny. Wskazaniem do badania może być też ocena funkcji wszczepionych zastawek serca.

Przygotowanie do badania

Na minimum 6 godzin przed badaniem nie należy jeść ani pić a wszystkie zalecane leki należy przyjąć popijając jednym łykiem wody. Bezpośrednio przed badaniem należy wyjąć wszystkie ruchome protezy zębowe.

Na badanie należy zgłosić się z aktualnym wynikiem badania - ECHO przezklatkowe oraz posiadaną inną dokumentacją medyczną (np. karty informacyjne leczenia szpitalnego).

Informacje, które należy zgłosić wykonującemu badanie

Przed badaniem należy poinformować lekarza o wszelkich schorzeniach/dolegliwościach ze strony układu pokarmowego (zgaga, kłopoty z przełykaniem, krztuszenie się, ulewianie) oraz o występowaniu uczuleń zwłaszcza na leki znieczulające (lidocaina, xylocaina).

Opis badania

Badanie wykonywane jest w pozycji leżącej na lewym boku. Po znieczuleniu gardła przez ustnik wprowadzana jest do przełyku miękka sonda (podobnie jak przy gastrokopii) i rozpoczyna się badanie, które zazwyczaj trwa ok 10-15 min i z reguły jest dobrze tolerowane (czasem pojawiają się mdłości). W przypadku złej tolerancji podaje się dożylnie małą dawkę midazolam (lek o działaniu uspakajająco –przeciw lękowym).

Z uwagi na znieczulenie gardła nie należy jeść ani pić jeszcze przez 2 godziny po badaniu.

Po ustąpieniu znieczulenia może krótkotrwale pojawić się niewielki ból gardła.

UWAGA!

Jeśli podany był midazolam należy bezwzględnie przestrzegać zakazu prowadzenia samochodu (minimum osiem godzin od zakończenia badania).

W przypadku podania midazolamu pacjent, po badaniu jest obserwowany w placówce minimum 30 minut.

Pacjent powinien przyjść z osobą towarzyszącą, która po badaniu odwiezie go do domu.

Wynik badania pacjent otrzymuje bezpośrednio po jego wykonaniu w formie opisu ze zdjęciami.

Możliwe powikłania/zagrożenia:

Badanie jest bezpieczne, powikłania takie jak uszkodzenie gardła lub przełyku występują bardzo rzadko ale czasem wymagają interwencji chirurgicznej. Jeżeli w trakcie badania albo po jego zakończeniu wystąpi ból w klatce piersiowej należy o tym natychmiast poinformować lekarza. W czasie badania rzadko mogą pojawić się krótkotrwałe zaburzenia rytmu serca lub zwolnienia jego czynności, które ustępują samoistnie.

Oświadczam, że otrzymałam/em wszystkie powyżej określone informacje:

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data | |
| <u>czytelny podpis pacjenta</u> (imię i nazwisko) lub opiekuna prawnego | |

Oświadczenie**o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania - echo przezprzełykowe**

Oświadczam, że:

- zapoznałam/em się ze szczegółowym opisem proponowanego badania, jego celowością oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w jego wyniku,
- odbyłam/em rozmowę z lekarzem, podczas której zostałam poinformowany o moim rozpoznaniu, potrzebie przeprowadzenia przedmiotowego badania, spodziewanych skutkach badania, związanych z nim możliwych zagrożeniach i powikłaniach. Informacje przekazane mi przez lekarza podczas rozmowy były dla mnie jasne i zrozumiałe, miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań, a na wszystkie zadane pytania uzyskałam/em zrozumiałe, wyczerpujące i zadowalające dla mnie odpowiedzi,
- Wyrażam świadomą zgodę/nie wyrażam zgody* na wykonanie badania - echo przezprzełykowego

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <i>własnoręczna adnotacja osoby podpisującej oświadczenie*</i> | |
| Data | |
| <u>czytelny podpis pacjenta</u> (imię i nazwisko) lub opiekuna prawnego | |

**Uwaga: osoba podpisująca oświadczenie wybiera odpowiednią odpowiedź oraz własnoręcznie pisze adnotację: „wyrażam zgodę” lub „ odmawiam wyrażenia zgody”*

lekarz przyjmujący oświadczenie:

| | |
|-----------------------------------|--|
| data | |
| podpis i pieczętka lekarza | |