



FORMULARZ ZGODY

I. Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Nazwisko i Imię:

Data urodzenia:Płeć:

Adres:

PESEL:

w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania:

Nazwisko i imię:

Adres:

II. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Echokardiograficzne badanie obciążeniowe z dobutaminą

III. Proponowany sposobu przeprowadzenia 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. Stanowi alternatywę dla badania wysiłkowego EKG dla osób, które nie są w stanie wykonać wysiłku na bieżni lub ergometrze u których zapis EKG uniemożliwia poprawną interpretację elektrokardiograficznego testu obciążeniowego.

IV. Oczekiwane korzyści

Echokardiograficzne badanie obciążeniowe z dobutaminą jako dokładniejsze niż test wysiłkowy EKG umożliwia lepszą ocenę niedokrwienia w przypadkach trudnych, np. po przebytych zabiegach na sercu (by-passy, stent, angioplastyka) oraz przy kwalifikacji do tych zabiegów. Umożliwia również identyfikację tętnicy wieńcowej odpowiedzialnej za niedokrwienie jak również ocenę żywotności danego fragmentu mięśnia sercowego czy ocenę stopnia zwężenia zastawki aortalnej.

V. Zaniechanie wykonania badania może spowodować następujące, dające się przewidzieć skutki

Brak możliwości oceny stopnia zaawansowania choroby wieńcowej, oceny żywotności mięśnia sercowego oraz stopnia zwężenia zastawki aortalnej, co może skutkować niewłaściwą kwalifikacją do dalszych procedur i leczenia.

VI. Ryzyko przeprowadzenia zabiegu może być następujące

Badanie obciążeniowe z dobutaminą jest badaniem bezpiecznym jednak około połowa pacjentów doświadcza pewnej reakcji na infuzję dobutaminy, w tym mdłości, zaczerwienienia skóry, bólów głowy, karku, klatki piersiowej, drętwienia, zaburzeń rytmu serca, duszność. Czasami wnika potrzeba dodania atropiny w czasie badania. Lek ten jest stosunkowo bezpieczny, ale ze względu na jej właściwości może powodować zatrzymanie moczu, zwiększać ciśnienie wewnątrzgałkowe, powodować zaparcia, opóźnione opróżnianie żołądka, nudności, suchość w ustach i doprowadzać do zaburzeń widzenia.

VII. Powikłania po zabiegu mogą być następujące

Zgon < 0,01%, pęknięcie serca < 0,01%, spazm naczynia wieńcowego 0,14%, zawał mięśnia sercowego 0,02%, TIA, udar mózgu < 0,01%, zatrzymanie akcji serca < 0,01%, migotanie komór 0,04%, częstoskurcz komorowy 0,15%, migotanie przedsionków 0,9%, blok przedsionkowo-komorowy 0,23%, niedociśnienie tętnicze 1,7%, nadmierny wzrost ciśnienia tętniczego 1,3%.

VIII. Ewentualnie inny sposób postępowania

Elektrokardiograficzna próba obciążeniowa, koronarografia.

IX. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....
.....
.....

X. Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałem/am informacje w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem.

Oświadczam, że spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat: sposobu przeprowadzonego badania i powikłań z nim związanych.

Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanej metody diagnostycznej i otrzymałem/am na nie odpowiedź. Bez zastrzeżeń (lub z poniższymi zastrzeżeniami) zgadzam się na przeprowadzenie u mnie echokardiograficznego badania obciążeniowego z dobutaminą.

.....

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Nie zgadzam się na proponowane echokardiograficzne badanie obciążeniowe z dobutaminą, zostałem/am poinformowany/na o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data i podpis lekarza

.....
data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu :

.....
.....

.....