

INFORMACJA DLA PACJENTA I ZGODA NA ECHOKARDIOGRAFIĘ PRZEZPRZEŁYKOWĄ

Nazwisko pacjenta:

Imię pacjenta:

Data urodzenia:

**UWAGA – WSZYSTKIE NINIEJSZE INFORMACJE PROSZĘ UWAŻNIE PRZECZYTAĆ, A TAKŻE NA ICH
PODSTAWIE PRZYGOTOWAĆ SOBIE PYTANIA DLA LEKARZA**

CZĘŚĆ 1 – INFORMACJA OGÓLNA

Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań nie pozwoliły jednoznacznie określić dokładnego charakteru, tła lub zaawansowania podejrzewanej u Pani/Pana choroby serca, dlatego pragniemy zaproponować specjalistyczne badanie, jakim jest echokardiografia przezprzełykowa.

Badanie polega na wprowadzeniu do przełyku (po uprzednim miejscowym znieczuleniu) sondy zakończonej głowicą i obserwacji serca w obrazie ultrasonograficznym. Dzięki zmniejszeniu dystansu między sondą (umieszczoną w przełyku) a tylną ścianą serca istnieje możliwość:

- obrazowania niektórych struktur serca niedostępnych w standardowo wykonywanym badaniu echokardiograficznym przezklatkowym,
- zmniejszenia liczby czynników zniekształcających obraz echokardiograficzny,
- dokładniejszego różnicowania poszczególnych zmian obserwowanych w czasie badania przezklatkowego.

Badanie przeprowadza doświadczony echokardiografista w pokoju zabiegowym, korzystając z:

- nowoczesnego aparatu echokardiograficznego, ukazującego poszczególne struktury serca z dodatkowo zainstalowanym oprogramowaniem dopplerowskim, pozwalającym dokładnie określić wielkość i charakter przepływu krwi w sercu w dużych naczyniach tętniczych i żylnych;
- sterylnego fiberoskopu zakończonego głowicą o kształcie oliwki, generującą fale dźwiękowe o częstotliwości ok. 5 MHz, pozwalającą wyraźnie obserwować blisko położone struktury serca i naczyń. Dzięki wielopłaszczyznowej głowicy istnieje możliwość płynnego obrotu sondy wokół własnej osi od 0 do 180 stopni oraz uzyskania dowolnej liczby przekrojów serca w zależności od położenia głowicy w przełyku;
- sprzętu do archiwizacji uzyskanego obrazu w postaci cyfrowej bądź obrazu video, umożliwiającego porównanie badań w odstępie czasu, oceny progresji zmian oraz skonsultowanie obrazu z innymi lekarzami.

CZĘŚĆ II – PRZEBIEG ZABIEGU

Przed rozpoczęciem badania echokardiograficznego przezprzełykowego lekarz wyjaśnia pacjentowi, jaką czynność będzie przeprowadzał. W czasie badania pacjent leży na lewym boku z głową zwróconą od badającego. Badanie trwa około 10–20 minut.

Po badaniu pacjent nie powinien jeść przez 4 godziny. W czasie badania proszę informować lekarza o wszelkich niepokojących Panią/Pana objawach. W przypadku dalszych wątpliwości dotyczących powyższego badania proszę skonsultować się z lekarzem prowadzącym lub echokardiografistą przeprowadzającym badanie.

Chorzy diagnozowani w kierunku ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej zostaną w trakcie badania poproszeni o wykonanie tzw. próby Valsalvy, czyli napięcia mięśni brzucha i parcia. Jednocześnie zostanie podana do żyły obwodowej (łokciowej) wstrząśnięta sól fizjologiczna (kontrast), co pozwoli na potwierdzenie lub wykluczenie obecności ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej.

CZĘŚĆ III – INFORMACJE NA TEMAT KORZYŚCI Z PRZEPROWADZENIA ZABIEGU, A TAKŻE EWENTUALNYCH POWIKŁAŃ

Wprowadzenie sondy do przełyku jest najczęściej dobrze tolerowane, niemniej jednak obserwuje się powikłania związane z nietolerancją sondy (odruchy wymiotne, odruch kaszlowy, skurcz przełyku), jak również przemijające zaburzenia rytmu i przewodzenia serca, spadek ciśnienia tętniczego, bóle w klatce piersiowej, skurcz krtani i oskrzeli, krwawienie z przełyku, gardła oraz rzadko (2–3 na 10 000 przypadków) perforację przełyku.

Chorego zabezpiecza się na wypadek zaistnienia powikłań założeniem cewnika dożylnego celem ewentualnego podawania leków na czas zabiegu i okres pozabiegowy. W pokoju zabiegowym znajduje się niezbędny, sprawny sprzęt reanimacyjny

UWAGI

W celu uniknięcia powikłań pacjent powinien być na czczo co najmniej 4 godziny przed zabiegiem. Uprasza się chorych o wcześniejsze usunięcie protez, ruchomych mostów zębowych ulub innych przeszkód utrudniających wprowadzenie sondy do przełyku.

CZĘŚĆ IV – OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Proszę dokładnie przeczytać i potwierdzić lub zaprzeczyć:

Wpisz „Tak”

lub

„Nie”

1. Zostałem/am dokładnie poinformowany/na o schorzeniu, planowanej operacji (o przebiegu i oczekiwanym wyniku) oraz ewentualnej konieczności zmiany przebiegu bądź rozszerzenia operacji.

Informacji udzielił mi lekarz:

.....

2. Podczas rozmowy zostałem/am szczegółowo poinformowany/na o możliwych zagrożeniach i powikłaniach operacji. Zostałem/am także poinformowany/na, że nie da się zagwarantować pełnego sukcesu operacji i pacjent może wymagać kolejnych operacji, a tym samym czas leczenia może ulegać przedłużeniu.

3. W razie wątpliwości mogłem/am zadawać pytania dotyczące przebiegu operacji ryzyka, powikłań i alternatywnego sposobu leczenia.

4. Miałem/em możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania i przedstawione wątpliwości uzyskałem/em zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi oraz wyjaśnienia.

5. W trakcie rozmowy z lekarzem ujawniłem/em wszystkie znane mi schorzenia, dolegliwości oraz uczulenia na leki. Nie zataiłem żadnych informacji dotyczących stanu zdrowia i przebytych chorób.

6. Poinformowano mnie o konieczności odpowiedniego postępowania po przeprowadzeniu zabiegu i zobowiązuję się dokładnie przestrzegać zaleceń pozabiegowych i wizyt kontrolnych.

7. Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu w każdej chwili, co zostanie natychmiast odnotowane i wykonane.

8. Potwierdzam powyższe oświadczenie

Data i podpis PACJENTA

Pieczętka i podpis LEKARZA

CZĘŚĆ V – ZGODA PACJENTA:

Zgadzam się na przeprowadzenie proponowanego zabiegu operacyjnego.

.....

1. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia zabiegu, zwłaszcza poszerzenie jego zakresu bądź zmianę zaplanowanych etapów zabiegu, jeśli konieczność taka wyłoni się podczas jego trwania, a byłaby niezbędna z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej.

2. Zgadzam się na ewentualną zmianę miejsca leczenia, jeżeli stan zdrowia będzie tego wymagał.

3. Zgadzam się, aby zabieg operacyjny został przeprowadzony w zaproponowanym znieczuleniu.

Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Podpis lekarza i pieczętka

potwierdzającego oświadczenie i wyrażenie zgody

(w punktach 1, 2, 3, 4) na przeprowadzenie zabiegu.