



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE ECHOKARDIOGRAFIA PRZEZPRZĘŁYKOWA W OKI IKARDIA NAŁĘCZÓW

1. RODZAJ SCHORZENIA ZGODNIE Z ROZPOZNANIEM LUB PODEJRZENIEM:

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

2. PROPONAOWANE BADANIE (OPIS, PRZEBIEG):

U Pani/Pana zostanie wykonane badanie echokardiograficzne przezprzełykowe. Pokaże ono dokładnie struktury serca, które są niewidoczne lub słabo widzialne w badaniu echokardiograficznym przez klatkę piersiową. Pacjenta układa się na lewym boku, następnie miejscowo znieczula się gardło podając lek o nazwie lignokaina. Przed badaniem należy wyjąć wszystkie ruchome protezy zębowe. Następnie przez ustnik zakłada się sondę podobną gastrokopu. Na jej końcu znajduje się miniaturowa sonda badająca serce. W zależności od potrzeb badanie trwa od kilku do kilkunastu minut.

3. CEL BADANIA:

Bardzo dokładna ocena struktur serca, umożliwia to położenie sondy w przełyku, który przylega do serca. Ma to zastosowanie z wielu przyczyn: poszukiwanie skrzeplin w sercu, wady nabyte i wrodzone serca, sztuczne zastawki serca, choroby aorty. Najczęstszą przyczyną wykonywania echokardiografii przezprzełykowej jest ocena istnienia skrzeplin w lewym przedsionku przed umiarowaniem migotania przedsionków (przed kardiowersją elektryczną).

4. JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA:

Badanie wykonuje się na czczo, przed badaniem nie należy jeść i pić przez co najmniej 6 godzin. Po badaniu zalecamy nie jeść i nie pić przez następne 2 godziny.

5. O CZYM NALEŻY POINFORMOWAĆ LEKARZA PRZED BADANIEM:

o wszystkich chorobach związanych z przełykiem i żołądkiem, szczególnie o problemach przy połykaniu pokarmów, jak też o ewentualnych uczuleniach na leki podawane miejscowo (lignokaina, xylokaina).

6. ALTERNATYWNE METODY POSTĘPOWANIA:

Tomografia komputerowa serca.

7. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM BADANIU:

bóle gardła, niewielkie mdłości

8. MOŻLIWE DO PRZEWIDZENIA POWIKŁANIA PO PRZEPROWADZONYM BADANIU:

Badanie jest bezpieczne i powikłania występują z częstością poniżej 1 na 100 badań: odruchy wymiotne spowodowane sondą, przemijające arytmie i zaburzenia przewodzenia, bóle wieńcowe. Przy towarzyszących chorobach gardła i przełyku może dojść do niewielkiego i przejściowego krwawienia z błon śluzowych. Groźne powikłania: głównie uszkodzenia gardła lub przełyku występują bardzo rzadko (2-3 na 10000 badań przełykowych).

9. ROZMOWA Z LEKARZEM KIERUJĄCYM NA BADANIE:

Prosimy, aby Pan/Pani zapytał/a nas o wszystko co chciałby/łaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Informacje dotyczące metody planowanego badania można uzyskać od lekarza przeprowadzającego badanie.



Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej IKARDIA SP. z o.o.

24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470
REGON: 060116658 (I-000000020953)

IKARDIA Szpital Kardiologii Inwazyjnej w Nałęczowie (V-01)
Oddział Kardiologiczny / Oddział Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego (VII/VIII-002/4100)
24-140 Nałęczów, ul. Michała Górskiego 9, tel. +48815612470

Nałęczów, dnia

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

10. OŚWIADCZENIE PACJENTA/PACJENTKI

W pełni zrozumiałem/łam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem

.....
(Imię i nazwisko lekarza udzielającego informacji)

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi.
po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmową wyjaśniającą z lekarzem oświadczam, że jestem w pełni poinformowany/poinformowana co do:

- proponowanej i alternatywnych metodach diagnostycznych,
- przebiegu badania,
- spodziewanych rezultatów badania,
- ryzyku powikłań w trakcie przebiegu badania i po jego przeprowadzeniu, których jestem w pełni świadomy/a.

Zostałem(am) poinformowany(a), że mogę odmówić zgody na badanie. Rezygnacja z badania nie wpłynie na moje leczenie i jego kontynuację.

1. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie u mnie badania:

.....
Dara oraz pieczęć i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki

2. Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie u mnie badania:

.....
Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia oraz przebiegu leczenia.

.....
Dara oraz pieczęć i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta/pacjentki

3. Podpisanie formularza przez pacjenta/pacjentkę jest niemożliwe z powodu

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

.....
Data oraz pieczęć i podpis lekarza