

טופס הסכמה לבדיקת אקו לב במאמץ בהשראת דוביוטמין

מדבקת מטופל

Dobutamine Stress Echo (DSE)

מטרת הבדיקה לבחון את התכווצות הלב במאמץ, לחולים שאינם מסוגלים לבצע מאמץ בהליכה, על מנת להעריך את אספקת הדם לשריר הלב ואת חיות שריר הלב. בעזרת הבדיקה, ניתן לנבא, בסבירות גבוהה, קיומה של היצרות משמעותית באחד או יותר מהעורקים הכליליים המספקים דם לשריר הלב ולהעריך את תפקוד המסתמים. הערכת תפקוד הלב נעשית באמצעות בדיקת גלי על-קול (אולטראסאונד). במהלך הבדיקה ניתן עירוי תוך ורידי של תרופה הנקראת "דוביוטמין" אשר גורמת להאצת הדופק ולהגברת התכווצות הלב, כביטוי למאמץ. מינון התרופה מועלה בהדרגה עד להשגת דופק המטרה. לעיתים יש צורך בתוספת אטרופין להאצת הדופק. השפעת התרופה חולפת תוך מספר דקות לאחר הפסקתה. הבדיקה מתבצעת בשכיבה על צד שמאל ועירוי התרופה נמשך כ-15 דקות.

שם החולה

שם משפחה שם פרטי

שם האב ת.ז.

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה שם פרטי
על מהלך בדיקת אקו-דוביוטמין (להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שבמהלך הבדיקה אחוש בדפיקות לב חזקות ומואצות. כמו כן הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה, לרבות: כאב בחזה, קוצר נשימה, כאב ראש, סחרחורת, יתכנו הפרעות בקצב הלב ושינויים בלחץ הדם, אצירת שתן, יובש בפה או לחץ תוך עיני מוגבר.

כמו כן הוסברו לי סיכונים נדירים ביותר של הבדיקה לרבות, נזק לשריר הלב או הפרעות קצב קשות ואף מוות. ידוע לי כי עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טריה, תרכיז טסיות דם וקריופריציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לוריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב מחלה או איבוד דם או חסר דם או אחד ממרכיביו. מתן דם ומרכיביו נועד לשפר את סיכויי ההחלמה והריפוי של המטופל.

הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן נבדקת התאמת סוג עירוי לחולה המקבל.

עם זאת קיים סיכון קטן ביותר שלא תהיה התאמה מלאה בין הדם ו/או מרכיביו וגוף החולה וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה אלרגית המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות עלולה להתרחש תגובה המוליטית אשר במקרים קיצוניים עלולה לפגוע בתפקוד הכלייתי ועלולה גם להיות קטלנית.

כמו כן, למרות העובדה שהכנת הדם ובדיקתו בבנק הדם מתבצעת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וירוסים קיים סיכוי קטן לכך שהדם ו/או מרכיביו יכילו וירוס העלול לחדור לגוף החולה. זיהום זה יכול אף שלא להתגלות במהלך תקופה של חודשים עד שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) ובאיידס - נגיף הכשל החיסוני - קיימים אך נדירים.

למרות זאת, הסיכון למצבו הבריאותי של המטופל כרוך באי קבלת דם בזמן ניתוח או טיפול רפואי, עולה בהרבה על הסיכון שבקבלתם. הסיכונים באי קבלת דם כוללים הארכת משך האשפוז, כשלון הטיפול הרפואי, סיכונים רפואיים ובמקרים מסויימים אף מוות. לאור האמור לעיל אני מסכים/ה לקבל עירוי דם ככל שמצבי הרפואי יצדיק זאת.

אני יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.



תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפטרופוס חתימת האפטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפטרופוסו של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על ההסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

מס' רשיון _____

שם הרופא וחתימה _____