

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב במאמץ בהשראת דובוטמין Dobutamine Stress Echo (DSE)

استمارة موافقة: فحص صدى القلب ببذل الجهد بتأثير دوبوتامين

هدف الفحص هو اختبار انقباض القلب في أثناء بذل الجهد، لدى المرضى غير القادرين على بذل الجهد من خلال المشي، وذلك لغرض تقييم تزويد عضلة القلب بالدم وحياة عضلة القلب. فبمساعدة الفحص، يُمكن التنبؤ، باحتمالية عالية، بوجود تضيقٍ جديّ في واحد أو أكثر من الشرايين التاجية التي تزود عضلة القلب بالدم وتقييم عمل الصمامات. يتمّ تقييم عمل القلب من خلال فحص الأمواج فوق الصوتية (أولترساوند). ويتمّ خلال الفحص إعطاء نقل داخل الوريد لدواء يُسمّى "دوبוטامين" يؤدي إلى تسريع نبض القلب وزيادة انقباضه، كتعبير عن بذل الجهد. حيث تتمّ زيادة جرعة الدواء بشكل تدريجيّ حتى الوصول إلى وضع النبض المطلوب. هناك حاجة، أحياناً، إلى إضافة أتروبين (Atropine) لتسريع النبض. ويزول تأثير الدواء خلال بضع دقائق بعد وقفه. يُجرى الفحص بالاستلقاء على الجنب الأيسر ويستمرّ النقل الوريديّ للدواء نحو 15 دقيقة.

اسم المريض/ة/ שם החולה:

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشّخصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رقم الهوية/ ת.ז.
אשרח وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة		الاسم الشّخصي/ שם פרטי	
اسم العائلة/ שם משפחה		اسم الشّخصي/ שם פרטי	

عن إجراء فحص الصدى بتأثير دوبוטامين (فيما يلي: "الفحص الأساسي").

إنني أصرّح وأقرّ بهذا بأنه وُضّح لي أنني سأشعر خلال الفحص بنبضات قلب قويّة وسريعة. وقد وُضّحت لي، كذلك، العوارض الجانبية المتعلقة بالفحص، بما في ذلك: الشعور بالألم في الصدر، ضيق التنفس، الصداع، الدوخة، ويُحتمل حدوث اضطرابات في وتيرة نبضات القلب وتغيّرات في ضغط الدم، احتباس البول، الشعور بجفاف في الفم أو الضغط الزائد داخل العين. وقد وُضّحت لي، كذلك، تعقيدات نادرة جدّاً متعلقة بالفحص، بما في ذلك تضرّر عضلة القلب أو حدوث اضطرابات حادة في نبضات القلب وحتى الموت.

أنا على علم، كما أنّني أوافق على أن يُنفذ الفحص الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها من سُلّقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُجرى عليها كلها أو أن يُجرى قسماً منها شخص معين، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليّة المتبعة في المؤسسة وبالخضوع إلى القانون.

التاريخ/ תאריך	الساعة/ שעה	توقيع المريض/ة / חתימת החולה/ה
----------------	-------------	--------------------------------

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה)	توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانياً)/
--	---

חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

أقرّ بهذا بأنني شرحت شفهيّاً للمريض/ة/ للوصي على المريض/ة* كلّ ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

اسم الطيب/ة/ שם הרופא/ה	توقيع الطيب/ة/ חתימת הרופא/ה	رقم الرخصة/ מס' רשיון
-------------------------	------------------------------	-----------------------

*יُرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים ברפואה

הסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הקרדיולוגי בישראל