

Poučení a informovaný souhlas pacienta s transesofageální (jícnovou) echokardiografií

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Název výkonu

Transesofageální (jícnová) echokardiografie (ultrazvukové vyšetření srdce)

Účel výkonu

Vážená pacientko, vážený paciente,
v případě vašeho onemocnění je třeba provést podrobné ultrazvukové vyšetření srdce se zavedením ultrazvukové sondy do jícnu (polykací trubice).

Povaha výkonu

Výkon se provádí na ambulanci v echokardiografické laboratoři.

Před výkonem je nezbytné od půlnoci **nejíst, nepít, nekouřit, nebrat žádné léky**. U diabetiků je nutno poradit se s lékařem o úpravě dávky insulínu a antidiabetik-léků na cukrovku.

Pokud užíváte léky na „ředění krve“ (warfarin), musíte mít výsledek INR (dříve Quickův test), ne starší než 2 dny a v hodnotě do 2,5 INR.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění důležitých informací o funkci srdečního svalu, srdečních chlopní a dalších srdečních struktur, které nebylo možno získat při provedení běžného echokardiografického vyšetření přes hrudní stěnu. Tyto informace pak mohou mít rozhodující význam v dalším postupu léčby onemocnění srdce.

Alternativa výkonu

Přímou alternativu tento výkon nemá.

V některých aspektech je částečnou alternativou vyšetření nukleární magnetickou rezonancí (NMR) nebo počítačovou tomografií (CT).

Možná rizika zvoleného výkonu

- Alergická reakce na látku použitou při místním znecitlivění kořene jazyka a hltanu
- Poranění hltanu, jícnu nebo dýchacích cest, event. krvácení (při komplikovaném zavedení ultrazvukové sondy nebo při anomáliích těchto cest)
- Přechodný dyskomfort při polykání potravy.

Ke snížení rizika odpovězte na následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	ANO	NE
• Máte nějaké onemocnění jícnu, žaludku nebo jater		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Máte potíže s krční páteří		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Jsou u vás známy nějaké alergické reakce		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Máte sklon ke zvýšenému krvácení		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Následky výkonu

Výkon nemá následky.

Po výkonu je nezbytné 2 hodiny nejíst, nepít, nekouřit, pokud jste dostali uklidňující injekci (sedace) je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo nebo vykonávat činnost, při které je třeba zvýšené koncentrace (provádění právních úkonů).

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu, ze kterých mám možnost volit.		ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.		ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:			
• že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.		ANO	NE
• že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:		ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky)

Jméno příjmení lékaře, který provedl poučení	Podpis lékaře, který provedl poučení

Pokud se pacient(ka) nemůže podepsat, uvedte důvody, pro které se pacient(ka) nemohl(a) podepsat:			
Jak pacient(ka) projevil(a) svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotního pracovníka/svědka	Podpis zdravotního pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

Vypracoval: MUDr. Radim Karlík, kardiologická ambulance Uherské Hradiště