

**Poučení a informovaný souhlas pacienta
s transtorakální kontrastní 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 s nitrožilním podáním kontrastní látky.

Povaha výkonu

Kontrastní echokardiografie s jen málo liší od běžného echokardiografického vyšetření. Před jejím provedením Vám bude zavedena do žíly, nejčastěji levé paže, plastová kanyla, kterou během vyšetření bude podána kontrastní látka. Jde buď o tzv. agitovaný fyziologický roztok, který obsahuje mikrobublinky. Ty jsou velmi dobře patrné při ultrazvukovém zobrazení. Někdy používáme speciální injekci látky cukerné nebo želatinové povahy s mikrobublinami.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění důležitých informací o funkci srdečního svalu, srdečních chlopní a dalších srdečních struktur, které nebylo možno získat při provedení běžného echokardiografického bez kontrastní látky. Typicky jde o vyloučení zkratu – spojení srdečních dutin v místech, kde nemají být. Tyto informace pak mohou mít rozhodující význam v dalším postupu léčby onemocnění srdce.

Alternativa výkonu

Přímou alternativu tento výkon nemá.

Možná rizika zvoleného výkonu

- Alergická reakce na kontrastní látku, je zcela výjimečná.

Ke snížení rizika odpovězte na následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď'	ANO	NE
• Užíváte léky na ředění krve?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Jsou u vás známy nějaké alergické reakce		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď		<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> 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.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:			
• že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s provedením neodkladných dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky)	
Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení		Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení	
Jméno a příjmení lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Podpis lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Datum:	Hodina