



**Transthorakální kontrastní echokardiografie
(ultrazvukové vyšetření srdce)**

**POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S
POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU**

Pacient	r.č./nar
Zákonný zástupce	r.č./nar
Bydliště	Vztah k pacientovi:

Název výkonu

Transthorakální kontrastní 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 se jen málo liší od běžného echokardiografického vyšetření. Před jejím provedením vám bude do žíly, nejčastěji levé paže, zavedena plastová kanylka, kterou bude během vyšetření podána kontrastní látka. Jde buď o tzv. agitovaný fyziologický roztok, který obsahuje mikrobubliny. Ty jsou velmi dobře patrné při ultrazvukovém zobrazení. Nebo 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 vyšetření 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
<ul style="list-style-type: none">• Přímou alternativu tento výkon nemá
Možná rizika zvoleného výkonu
<ul style="list-style-type: none">• Alergická reakce na kontrastní látku, je zcela výjimečná

Ke snížení rizika odpovězte na následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	zakroužkujte správnou odpověď	ANO	NE
<ul style="list-style-type: none">• Užíváte léky na ředění krve?		ANO	NE
<ul style="list-style-type: none">• Jsou u vás známy nějaké alergické reakce?		ANO	NE

Souhlas:



Vzor vyplnění (zatržení):	zakroužkujte správnou odpověď	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením s 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:		
<ul style="list-style-type: none">Že souhlasím s navrhovanou péčí a provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s provedením neodkladných dalších zákroků, nutných k záchraně života nebo zdraví zodpovězeny.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta (-tky)

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

Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon	Podpis lékaře, který provedl poučení	Datum	Hodina