

## **FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ECHOKARDIOGRAFICZNE BADANIE PRZEZPRZEŁYKOWE**

**Echokardiograficzne badanie przezprzełykowe (TEE)** jest półinwazyjnym badaniem wykorzystującym ultradźwięki w celu uwidocznienia struktur serca z dostępu przezprzełykowego i przezżołądkowego. Wskazania do badania wynikają z niemożności uzyskania potrzebnych dla leczenia pacjenta informacji w badaniu przez ścianę klatki piersiowej.

Możliwe powikłania wiążą się przede wszystkim z koniecznością wprowadzenia głowicy do przełyku oraz górnej części żołądka, a także z zastosowanym znieczuleniem miejscowym oraz podawanym dożylnie lekiem uspokajającym z grupy benzodiazepin. Do badania niezbędne jest założenie wkłucia dożylnego. W trakcie badania może także zajść potrzeba podania środka kontrastowego, najczęściej w celu uwidocznienia nieprawidłowych przepływów w obrębie serca oraz wykonania przez pacjenta próby Valsalvy. Wszelkie wątpliwości i pytania związane z badaniem zgłosić przed jego rozpoczęciem lekarzowi.

Pomimo doświadczenia osoby badającej oraz zachowania zasad bezpieczeństwa mogą wystąpić groźne powikłania (włącznie ze zgonem), jednak zdarzają się one bardzo rzadko. Potencjalne powikłania mogą między innymi polegać na:

- przebiciu przełyku (z zapaleniem śródpiersia) (< 1 : 6000)
- krwawieniu z przewodu pokarmowego (<1 : 3000)
- niewielkim krwawieniu z błon śluzowych (<1 : 500)
- incydentach zatorowych (do udaru mózgu włącznie)
- rzadko spotykanych reakcjach uczuleniowych na środki znieczulające (skurcz oskrzeli, wstrząs anafilaktyczny) lub środek kontrastowy
- przejściowo obniżonej sprawności psychofizycznej (po lekach uspokajających )

### **Przed badaniem należy:**

- pozostawać na czczo przynajmniej przez 6 godzin przed badaniem oraz 1 godzinę po badaniu (lub dłużej, do ustąpienia „odrętwienia” gardła)
- wyjąć protezy zębowe z jamy ustnej
- poinformować lekarza badającego o przebytych chorobach przełyku i żołądka (uchyłki, guzy, żylaki, oparzenia, zabiegi, operacje), radioterapii, chorobach wirusowych (wirusowe zapalenie wątroby, infekcja HIV) oraz uczuleniach na leki
- nie prowadzić pojazdów / nie obsługiwać urządzeń mechanicznych w dniu badania

Na wykonanie echokardiograficznego badania obciążeniowego konieczna jest Pani/Pana świadoma zgoda, wyrażona poprzez złożenie poniżej swojego podpisu.

P. \_\_\_\_\_ NAZWISKO

IMIĘ

Jestem poinformowana/y o celowości, sposobie, możliwych następstwach i powikłaniach echokardiograficznego badania przezprzełykowego, akceptuję jego ryzyko i wyrażam na nie świadomą zgodę. Potwierdzam przygotowanie do badania zgodne z wyżej wymienionymi zasadami.

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby badanej

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza kierującego na badanie

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis lekarza wykonującego badanie

\_\_\_\_\_  
Data