



Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.
SIEDLECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY
Oddział Kardiologiczny
Pracownia echokardiografii
08 – 110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26
Tel. 25 6403486 ; fax. 25 6403236
REGON 141944750 NIP 8212577607
000000025128-01-010

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ECHOKARDIOGRAFIĘ PRZEZPRZĘŁYKOWĄ

Nazwisko i imię:	PESEL	L. Ks. Gł/oddz.
Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego:		

ECHOKARDIOGRAFIA PRZEZPRZĘŁYKOWA

Na czym polega echokardiografia przezprzełykowa?

Echokardiografia przezprzełykowa (TEE) jest metodą badania echograficznego serca, podczas której obrazowanie pracy serca odbywa się poprzez cienką sondę ultrasonograficzną wprowadzaną do przełyku lub żołądka. Obraz uzyskiwany w badaniu TEE jest bardzo wyraźny i niezakłócony przez szczególne warunki anatomiczne (np., otyłość, deformacja klatki piersiowej) z uwagi na bliskie sąsiedztwo przełyku z lewą częścią serca, co minimalizuje odległość między sondą, a strukturami serca. Badanie jest wykonywane, jeżeli zwykłe badanie przezklatkowe nie może nam dostarczyć dokładnych informacji potrzebnych w leczeniu Pacjenta.

WSKAZANIA

Wskazania do badania obejmują:

- ocena morfologii oraz struktur serca i aorty w sytuacji, kiedy postawienie prawidłowej diagnozy może wpłynąć na zmianę postępowania z chorym, a badanie przezklatkowe jest niediagnostyczne (ocena uszka lewego przedsionka przed kardiowersją elektryczną migotania przedsionków, ocena elektrod w jamach serca, przegrody międzyprzedsionkowej, u pacjentów po udarach mózgu w przypadku podejrzenia przyczyny sercowej, sztucznych zastawek wszczepionych do serca, podejrzenie guzów, infekcyjnego zapalenia wsierdza, skrzeplin, diagnostyka dużych naczyń w obrębie serca, wad zastawkowych),
- monitorowanie śródoperacyjne, np. podczas zabiegów kardiochirurgicznych,
- monitorowanie zabiegów przezcewnikowych, np. ablacji,
- ocena chorych w stanie ciężkim na respiroterapii po urazach klatki piersiowej.

PRZECIWSKAZANIA DO ECHOKARDIOGRAFII PRZEZPRZĘŁYKOWEJ

Do bezwzględnych przeciwwskazań zalicza się:

- **Brak zgody na badanie!**
- zwężenie przełyku,
- guzy przełyku,
- owrzodzenie i perforacja przełyku,
- uchyłkowatość przełyku,
- aktywne krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego,
- perforacja trzewi,
- skaza krwotoczna.

Do względnych przeciwwskazań zalicza się:

- aktywna choroba wrzodowa,
- zapalenie przełyku,
- radioterapia śródpiersia lub szyi w wywiadzie,
- znaczne ograniczenie ruchomości szyjnego odcinka kręgosłupa,
- żylaki przełyku,
- koagulopatia,
- trombocytopenia,
- przełyk Barreta,
- przebyte zabiegi chirurgiczne i przebyte krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Badanie przezprzełykowe, choć uchodzi za mało inwazyjne, to podobnie jak inne obrazowe procedury diagnostyczne endoskopowe mogą wiązać się z potencjalnym wystąpieniem powikłań.

Do poważnych powikłań należą: zgon (<0,01%), duże krwawienia (<0,01%), perforacja przełyku (<0,01%), arytmie serca (0,06-0,3%), skurcz krtani (0,14%). Łagodne powikłania obejmują: uszkodzenie zębów (0,1%), zaburzenia połykania (1,8%), chrypkę (12%), uraz warg (13%).

Niektóre z powikłań mogą wiązać się z koniecznością natychmiastowego leczenia operacyjnego, które komplikuje leczenie i wydłuża pobyt w szpitalu.

PRZYGOTOWANIE DO ECHOKARDIOGRAFII PRZEZPRZEŁYKOWEJ

Pacjent do planowego badania przezprzełykowego powinien:

- wyrazić i podpisać świadomą zgodę na badanie,
- pozostawać na czczo tj. 6h bez posiłku i 3h bez przyjmowania jakichkolwiek płynów,
- mieć zapewniony dostęp do żyły (wenflon),
- usunąć sztuczne uzębienie,
- chorzy ze sztucznymi zastawkami serca, z migotaniem przedsionków na przewlekłym leczeniu przeciwzakrzepowym nie powinni odstawiać tych leków do badania. Badanie może być bezpiecznie przeprowadzone pod warunkiem zachowania terapeutycznego zakresu INR 2-3,
- poinformować lekarza o wszystkich schorzeniach/dolegliwościach ze strony układu pokarmowego (zgaga, kłopoty z połykaniem, krztuszenie się, ulewanie) oraz występowaniu uczuleń na leki znieczulające (lidocaina, xylokaina),
- dostarczyć aktualne badanie echo serca oraz dokumentację medyczną (np., karty informacyjne leczenia szpitalnego).

PRZEBIEG ECHOKARDIOGRAFII PRZEZPRZEŁYKOWEJ

Ponieważ podczas badania może pojawić się konieczność oceny przecieku, preferowane jest założenie wenflonu do żył lewej kończyny górnej, aby ułatwić przejście kontrastu ultrasonograficznego. Do badania chorego należy ułożyć na lewym boku, w pozycji ustalonej bezpiecznej. Dopuszcza się wykonanie badania w pozycji na plecach w sytuacji silnego odczynu bólowego klatki piersiowej (chorzy po implantacji rozrusznika) i/lub zagrożenia niestabilnością mostka (po sternotomii) oraz u chorych wentylowanych mechanicznie (podczas monitorowania procedur zabiegowych lub na OIT). W celu zniesienia odruchów wymiotnych czasami podaje się dożylnie leki Znieczulenie do badania obejmuje powierzchowne znieczulenie śluzówki gardła, zwykle 10% sprayem lignokainy (po miejscowym znieczuleniu gardła wkłada się do ust plastikowy ustnik dla ochrony sondy) oraz sedację dożylną. Wśród leków sedatywnych najlepszym profilem bezpieczeństwa i skuteczności cechują się pochodne benzodwuzepin, a wśród nich midazolam. Lek charakteryzuje się szybkim początkiem oraz krótkim czasem działania i brakiem objawów kardiodepresyjnych. Dawka dożylna leku wynosi 5-10mg/badanie i zależy od wieku chorego oraz planowanego czasu badania. Następnie wprowadza się do jamy ustnej i gardła sondę echokardiograficzną – moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia (niwelowane współpracą Pacjenta z lekarzem wykonującym badanie). W trakcie badania może zająć potrzeba wykonania przez Pacjenta próby Valsalvy (kaszel, napięcie mięśni brzucha) celem dokładnej oceny przecieku przez przegrodę międzyprzedsionkową.

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła przez 2 godziny po badaniu nie wolno nic jeść, ani pić, aby uniknąć zadławienia czy zachłyśnięcia. W przypadku podawania leków w dniu badania nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, ani wykonywać zajęć wymagających koncentracji (np. obsługa urządzeń i maszyn).

NASTĘPSTWA ZANIECHANIA/ BRAKU ZGODY NA PROCEDURĘ

Zaniechanie zgody może skutkować brakiem możliwości postawienia właściwego rozpoznania a w konsekwencji brakiem możliwości zastosowania odpowiedniego leczenia i zwiększenia ryzyka powikłań zdrowotnych.

OŚWIADCZENIE LEKARZA UZYSKUJĄCEGO ŚWIADOMĄ ZGODĘ

Stwierdzam, że w sposób przystępny i zrozumiały przedstawiłem pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu pacjenta (niepotrzebne skreślić) :

- 1) szczegółowy opis procedury, jej celowość i oczekiwany wynik, a także potencjalne zagrożenia oraz powikłania typowe i rzadkie mogące wystąpić w wyniku proponowanej procedury,
- 2) alternatywne metody diagnostyki,
- 3) następstwa rezygnacji z proponowanej procedury,
- 4) ewentualną potrzebę zmodyfikowania procedury w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku proponowanej procedury,
- 5) ewentualną sytuację konieczności przeniesienia pacjenta do innego oddziału zgodnie z decyzją lekarza operatora lub lekarza prowadzącego znieczulenie, jeśli wymagałby tego stan zdrowia pacjenta.

Stwierdzam, że pacjent/przedstawiciel ustawy pacjenta uzyskał wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania w szczególności dotyczące:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- przewidywanych wyników procedury i możliwych powikłaniach
- rokowania
- postępowania pozabiegowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza uzyskującego świadomą zgodę

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

(niepotrzebne skreślić) :

W pełni świadomy oświadczam, że :

- 1) zapoznałem/-łam się ze szczegółowym opisem procedury, jej celowością i oczekiwanym wynikiem, a także potencjalnymi zagrożeniami oraz powikłaniami typowymi i rzadkimi mogącymi wystąpić w wyniku proponowanej procedury,
- 2) zostałem/-łam poinformowany/-na o alternatywnych metodach postępowania diagnostycznego,
- 3) poinformowano mnie również o następstwach rezygnacji z proponowanej procedury,
- 4) poinformowano mnie także o ewentualnej potrzebie zmodyfikowania procedury w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w trakcie procedury,
- 5) stwierdzam, że przekazane mi informacje były przystępne, wyczerpujące i zrozumiałe. Rozumiem także, że otrzymane informacje, zwłaszcza o powikłaniach mogą nie być wszystkimi możliwymi, które mogą mnie dotyczyć,
- 6) miałem możliwość zadawania pytań i otrzymania na nie wyczerpujących odpowiedzi.

Uwagi pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta co do proponowanej diagnostyki i terapii:

.....
.....
.....

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

WYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY*

W pełni świadomy/a **wyrażam zgodę** na wykonanie **ECHOKARDIOGRAFII PRZEZPRZĘŁYKOWEJ**

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza przyjmującego oświadczenie

COFNIĘCIE ŚWIADOMEJ ZGODY*

Poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji dla zdrowia i życia w pełni świadomie **cofam zgodę** wyrażoną na **ECHOKARDIOGRAFIĘ PRZEZPRZĘŁYKOWĄ**.

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza przyjmującego oświadczenie

NIEWYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY*

Poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji dla zdrowia i życia w pełni świadomie **nie wyrażam** zgody na **ECHOKARDIOGRAFIĘ PRZEZPRZĘŁYKOWĄ**

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż

.....
Data, godzina

.....
Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego

.....
Data, godzina

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza przyjmującego oświadczenie

*** W przypadku braku możliwości podpisania przez pacjenta/ przedstawiciela ustawowego (właściwe zaznaczyć znakiem X):**

- wyrażenia świadomej zgody
- niewyrażenia świadomej zgody
- cofnięcia świadomej zgody

lekarz stwierdzający ten fakt zobowiązany jest odnotować powód braku możliwości pozyskania podpisu w miejscu poniżej:

.....
.....
.....

.....
Podpis oraz pieczętka lekarza stwierdzającego brak możliwości
pozyskania podpisu

WYKONANIE ZABIEGU/PROCEDURY BEZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PODSTAWIE:

art. 34.7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Potwierdzenie przez dwóch lekarzy: 1. 2.
Data, godzina, pieczętka i podpis lekarza Data, godzina pieczętka i podpis lekarza

z poinformowaniem pacjenta oraz jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sądu opiekuńczego (właściwe podkreślić)

zgody sądu (w załączeniu)

Uwagi:

.....