



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב במאמץ בהשראת דוביוטמין *Dobutamine Stress Echo (DSE)*

מטרת הבדיקה לבחון את התכווצות הלב במאמץ, לחולים שאינם מסוגלים לבצע מאמץ בהליכה, על מנת להעריך את אספקת הדם לשריר הלב ואת חיות שריר הלב. בעזרת הבדיקה, ניתן לנבא, בסבירות גבוהה, קיומה של היצרות משמעותית באחד או יותר מהעורקים הכליליים המספקים דם לשריר הלב ולהעריך את תפקוד המסתמים. הערכת תפקוד הלב נעשית באמצעות בדיקת גלי על-קול (אולטרסאונד). במהלך הבדיקה ניתן עירוי תוך ורידי של תרופה הנקראת "דוביוטמין" אשר גורמת להאצת הדופק ולהגברת התכווצות הלב, כביטוי למאמץ. מינון התרופה מועלה בהדרגה עד להשגת דופק המטרה. לעיתים יש צורך בתוספת אטרופין להאצת הדופק. השפעת התרופה חולפת תוך מספר דקות לאחר הפסקתה. הבדיקה מתבצעת בשכיבה על צד שמאל ועירוי התרופה נמשך כ- 15 דקות.

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר			
שם משפחה	שם פרטי		

על מהלך בדיקת אקו-דוביוטמין (להלן: "הבדיקה העיקרית").

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי הוסבר לי שבמהלך הבדיקה אחוש בדפיקות לב חזקות ומואצות. כמו כן הוסברו לי תופעות הלוואי של הבדיקה, לרבות: כאב בחזה, קוצר נשימה, כאב ראש, סחרחורת, יתכנו הפרעות בקצב הלב ושינויים בלחץ הדם, אצירת שתן, יובש בפה או לחץ תוך עיני מוגבר. כמו כן הוסברו לי סיבוכים נדירים ביותר של הבדיקה לרבות, נזק לשריר הלב או הפרעות קצב קשות ואף מוות.

אני יודעת/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת החולה
שם האפוסטרופוס (קירבה)		חתימת האפוסטרופוס (במקרה שלפסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה	חתימה	מס' רישיון
------------	-------	------------

