

יחידה לקרדיולוגיה לא-פולשנית

מנהל: דר' אסיף איה

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב במאמץ בהשראת דוביוטמין استمارة موافقة: فحص صدى القلب ببذل الجهد بتأثير دوبيوטامين

هدف الفحص هو اختبار انقباض القلب في أثناء بذل الجهد، لدى المرضى غير القادرين على بذل الجهد من خلال المشي، وذلك لغرض تقييم تزويد عضلة القلب بالدم وحياة عضلة القلب. فبمساعدة الفحص، يُمكن التنبؤ، باحتمالية عالية، بوجود تضيق جدي في واحد أو أكثر من الشرايين التاجية التي تزود عضلة القلب بالدم وتقييم عمل الصمامات. يتم تقييم عمل القلب من خلال فحص الأمواج فوق الصوتية (أولترساوند). ويتم خلال الفحص إعطاء نقل داخل الوريد لدواء يُسمى "دوبيوטامين" يؤدي إلى تسريع نبض القلب وزيادة انقباضه، كتعبير عن بذل الجهد. حيث تتم زيادة جرعة الدواء بشكل تدريجي حتى الوصول إلى وضع النبض المطلوب. هناك حاجة، أحياناً، إلى إضافة أتروبين (Atropine) لتسريع النبض. ويزول تأثير الدواء خلال بضع دقائق بعد وقفه. يُجرى الفحص بالاستلقاء على الجنب الأيسر ويستمر النقل الوريدي للدواء نحو 15 دقيقة.

اسم المريض/ة/ شם החולה: _____
اسم العائلة/ شם משפחה _____
الاسم الشخصي/ شם פרטי _____
اسم الأب/ شם האב _____
رقم الهوية/ ת.ז. _____

أصرح وأقر بهذا بأنني تلقيت شرحاً شفهياً مفصلاً من الدكتور/ة _____
اسم العائلة/ شם משפחה _____
الاسم الشخصي/ شם פרטי _____

عن إجراء فحص الصدى بتأثير دوبيوטامين (فيما يلي: "الفحص الأساسي").

إنني أصرح وأقر بهذا بأنه وضح لي أنني سأشعر خلال الفحص بنبضات قلب قوية وسريعة. وقد وضح لي، كذلك، العوارض الجانبية المتعلقة بالفحص، بما في ذلك: الشعور بالألم في الصدر، ضيق التنفس، الصداع، الدوخة، ويحتمل حدوث اضطرابات في وتيرة نبضات القلب وتغيرات في ضغط الدم، احتباس البول، الشعور بجفاف في الفم أو الضغط الزائد داخل العين. وقد وضح لي، كذلك، تعقيدات نادرة جداً متعلقة بالفحص، بما في ذلك تضرر عضلة القلب أو حدوث اضطرابات حادة في نبضات القلب وحتى الموت.

أنا على علم، كما أنني أوافق على أن يُنفذ الفحص الأساسي والإجراءات الأخرى جميعها من سئلي عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المؤسسة وتعليماتها. كما أنه لم يُضمن لي أن يُجرى عليها كلها أو أن يُجرى قسمًا منها شخص معين، بشرط أن تُجرى بالمسؤولية المتبعة في المؤسسة وبالخضوع إلى القانون.

التاريخ/ תאריך _____
الساعة/ שעה _____
توقيع المريض/ة / חתימת _____
الحולה/ה _____

اسم الوصي (القرابة)/ שם האפוטרופוס (קירבה) _____
توقيع الوصي (في حالة فقد الأهلية، قاصر، أو مريض/ة، نفسانياً)/
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה

נפש)

أقر بهذا بأنني شرحت شفهيًا للمريض/ة للوصي على المريض/ة* كل ما ورد أعلاه بالتفصيل المطلوب، وبأنه/ها وقّع/ت على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنه/ها فهم/ت شروحي كاملةً.

اسم الطبيب/ة/ שם הרופא/ה _____
توقيع الطبيب/ة/ חתימת הרופא/ה _____
رقم الرخصة/ מס' רשיון _____



החברה לניהול סיכונים

ההסתדרות הרפואית בישראל

ברפואה

האיגוד הקרדיולוגי בישראל

יחידה לקרדיולוגיה לא-פולשנית

מנהל: דר' אסיף איה

*يُرجى شطب الزائد/ מחק/ את המיותר



החברה לניהול סיכונים

ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל

האיגוד הקרדיולוגי בישראל