



יחידה לקרדיולוגיה לא-פולשנית מנהל: דר' אסיף איה

טופס הסכמה לביצוע בדיקת אקו-דוביוטמין

רקע: מדובר בבדיקת אולטראסאונד שנעשית בזמן עירו של תרופה הנקראת "דובוטמין". תרופה זו גורמת למאמץ של הלב ע"י האצת הדופק וחיזוקו. מינון התרופה מועלה בהדרגה כל כ-3 דקות עד שהדופק מגיע למטרה קבועה מראש או עד לסיום הפרוטוקול של הבדיקה. לעיתים יש צורך בתוספת אטרופין להאצת הדופק. השפעת התרופה חולפת כ-10 ד' מתום הבדיקה. הבדיקה נעשית בשכיבה על צד שמאל ועירו התרופה נמשך 5-15 דקות (משך הבדיקה כולה כשעה).

תופעות לוואי וסיבוכים: תופעות לוואי הן סחרחורת, בחילה, הקאה, נימול או כאב בראש, רעד בידיים או הפרעות בקצב הלב. כמו כן ייתכנו עליות או ירידות בלחץ דם והופעת קוצר נשימה או כאבים בחזה. לעיתים נדירות ביותר עלול להיגרם נזק לשריר הלב או הפרעות קצב קשות.

הצהרת החולה על הסכמתו לבצוע הבדיקה: הוסבר לי בעל-פה על ידי החתום מטה כיצד נעשית בדיקת אקו-דובוטמין וכן תופעות הלוואי שלה וסיבוכיה האפשריים ואני נותן/ת בזאת את הסכמתי לבצוע הבדיקה ובמידת הצורך למתן אטרופין ו/או טיפול בתופעות הלוואי. לא הובטח לי שהבדיקה תעשה ע"י אדם מסויים וידוע לי שהבדיקה תעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים, להוראות, ולחוק ובמסגרת האחריות המקובלת בבית החולים.

שם החולה: _____ ת.ז.: _____
חתימת החולה: _____ תאריך: _____

שם האפוטרופוס (קירבה) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה שלפסול דין, קטין או חולה נפש)
אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוטרופוס 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' רשיון _____

אני מאשר/ת שהסברתי לחולה את כל האמור לעי"ל בפירוט הדרוש וכי טופס הסכמה זה נחתם בפני לאחר ששוכנעתי כי הסברי הובן.

חתימת רופא/ה: _____ מס. רשיון: _____

