



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

מטרת הבדיקה לבדוק 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 מעולה 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 המטופל: _____

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 הוסבר לי תופעות הלוואי של הבדיקה, לרבות: כאב בחזה, קוצר נשימה, כאב ראש, סחרחורת, ייתכנו הפרעות בקצב הלב ושינויים בלחץ הדם, עצירת שתן, יובש בפה או לחץ תוך עיני מוגבר. כמו כן הוסבר לי סיבוכים נדירים ביותר של הבדיקה לרבות, נזק לשריר הלב או הפרעות קצב קשות ואף מוות.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים ייעשו 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 המטופל
_____	_____	_____

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל) _____ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה למטופל/לאפוטרופוס של המטופל* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
_____	_____	_____