

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' 8944/0191 /OCARD/ECHO/ מאי 2007

טופס הסכמה: בדיקת אקו לב במאמץ בהשראת דוביטמין

Dobutamine Stress Echo (DSE)

Бланк согласия: Эхокардиографическое исследование с провокацией добутамином (DSE)

Целью исследования является изучение сердечных сокращений при нагрузке у больных, которым противопоказана нагрузка ходьбой, для оценки кровоснабжения мышцы сердца и жизнеспособности мышцы сердца. С помощью этого исследования можно предсказать с высокой степенью вероятности наличие существенного сужения одного или более коронарных сосудов, кровоснабжающих мышцу сердца, и оценить функцию клапанов. Оценка функции сердца производится с помощью УЗВ волн (ультразвук). В процессе исследования может вводиться внутривенно препарат, называемый «добутамином», который вызывает учащение пульса и усиление сердечных сокращений, как проявление нагрузки. Доза препарата постепенно повышается до достижения необходимой для целей исследования частоты пульса. Иногда возникает необходимость в добавлении атропина для учащения пульса. Действие препарата проходит через несколько минут после прекращения введения. Исследование производится в положении лежа на левом боку, и введение лекарства продолжается в течение 15 минут.

Данные больного _____
שם משפחה שם פרטי שם האב .ג.ל
фамилия имя отчество номер удостоверения личности

Настоящим заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

_____ _____
שם פרטי שם משפחה
имя фамилия
о процессе исследования эхокардиография -добутамин (в дальнейшем: «основное лечение»).

Настоящим заявляю и подтверждаю, что получил/а объяснения о том, что в процессе исследования я почувствую усиление и учащение сердечных сокращений. Кроме того, я осведомлен/а о побочных эффектах исследования, включая: боли в груди, одышку, головную боль, головокружение, возможны нарушения ритма сердца и изменения кровяного давления, задержка мочи, сухость во рту или повышение внутриглазного давления.

Кроме того, я осведомлен/а о чрезвычайно редких осложнениях, включая поражение мышцы сердца или тяжелые нарушения сердечного ритма и даже смерть.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное обследование и все другие процедуры будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

_____ _____ _____
חתימת החולה שעה תאריך
подпись больного час дата
_____ _____
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) שם אפוטרופוס (קירבה)
подпись опекуна (в случае, если больной фамилия опекуна
недееспособен, несовершеннолетний или (степень родства)
душевнобольной)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הקרדיולוגי בישראל

המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

больному/опекуну больного*, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Вычеркнуть лишнее



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הקרדיולוגי בישראל