

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 недееспособен, несовершеннолетний или душевнобольной) фамилия опекуна (степень родства)

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