



## Informovaný souhlas pacienta s transesofageální (jícnovou) echokardiografií

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

### Název výkonu

**Transesofageální (jícnová) echokardiografie**  
(ultrazvukové vyšetření srdce)

### Účel výkonu

Vážená pacientko, vážený paciente,  
v případě vašeho onemocnění je třeba provést podrobné ultrazvukové vyšetření srdce se zavedením ultrazvukové sondy do jícnu (polykací trubice).

### Povaha výkonu

Výkon se provádí na ambulanci v echokardiografické laboratoři, případně na lůžku u hospitalizovaných pacientů. Jícnová echokardiografie trvá cca 20 minut.

Před výkonem je nezbytné od půlnoci **nejíst, nepít, nekouřit, nebrat žádné léky**. U diabetiků je nutno poradit se s lékařem o úpravě dávky insulínu.

Pokud užíváte léky na „ředění krve“ (warfarin), musíte mít výsledek INR (dříve Quickův test), ne starší než 2 dny a v hodnotě do 2,5 INR.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění důležitých informací o funkci srdečního svalu, srdečních chlopní a dalších srdečních struktur, které nebylo možno získat při provedení běžného echokardiografického vyšetření přes hrudní stěnu. Tyto informace pak mohou mít rozhodující význam v dalším postupu léčby onemocnění srdce.

### Alternativa výkonu

Přímou alternativu tento výkon nemá.

V některých aspektech je částečnou alternativou vyšetření nukleární magnetickou rezonancí (NMR) nebo počítačovou tomografií (CT).

### Možná rizika zvoleného výkonu

- Alergická reakce na látku použitou při místním znecitlivění kořene jazyka a hltanu (xylocain).
- Poranění hltanu, jícnu nebo dýchacích cest, event. krvácení (při komplikovaném zavádění ultrazvukové sondy nebo při anomáliích těchto cest).
- Přechodný dyskomfort při polykání potravy.

**Ke snížení rizika odpovězte na následující otázky:**

<b>Vzor vyplnění (zatržení):</b>	<b>Zakroužkujte správnou odpověď</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
• Máte nějaké onemocnění jícnu, žaludku nebo jater?		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Máte potíže s krční páteří?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Jsou u vás známy nějaké alergické reakce?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Máte sklon ke zvýšenému krvácení?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### **Následky výkonu**

Výkon nemá následky.

Po výkonu je nezbytné 2 hodiny nejíst, nepít, nekouřit, pokud jste dostali uklidňující injekci (sedace) je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo nebo vykonávat činnost, při které je třeba zvýšené koncentrace (provádění právních úkonů).

### **Souhlas:**

**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

#### **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

• že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
• že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:	ANO	NE
• že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

**Jak pacient projevilsvou vůli:**

<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum:</b>	<b>Hodina</b>