

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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

מטרת הבדיקה לבחון 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 עירוני תוך ורידי של תרופה הנקראת "דוביוטמין" אשר גורמת להאצת הדופק ולהגברת התכווצות הלב, כביטוי למאמץ. מינון התרופה מועלה 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 ועירוני התרופה נמשך כ- 15 דקות.

שם החולה

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, יתכנו הפרעות בקצב הלב ושינויים בלחץ הדם, אצירת 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 יודע/ת ומסכים/ה לכך שהבדיקה העיקרית וכל ההליכים האחרים יעשו 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 החולה
שם האפטרופוס (קירבה)		חתימת האפטרופוס (במקרה שלפסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפטרופוס 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' רישיון
------------	-------	------------