

Duplexní sono břišní aorty a tepen

Dopplerovské ultrazvukové vyšetření cév — poučení a informovaný souhlas pacienta

Jméno a příjmení pacienta

Datum narození

Bydliště

Zdravotní pojišťovna (kód)

Zákonný zástupce (je-li relevantní)

Vztah k pacientovi

Účel vyšetření

Duplexní sonografie kombinuje běžný ultrazvukový obraz s dopplerovským vyšetřením toku krve. Posuzuje průchodnost břišní aorty a tepen a případné zúžení nebo uzávěr, nejčastěji na podkladě aterosklerózy.

Popis a průběh vyšetření

Vyšetření probíhá vleže na zádech přiložením ultrazvukové sondy potřené gelem na kůži břicha; lékař podle potřeby požádá o zadržení dechu nebo pootočení na bok. Je bezbolestné, nevyužívá rentgenové záření a nevyžaduje žádný vpich ani podání kontrastní látky. Před vyšetřením je nutné dodržet zásadu 3N — nejíst, nepít, nekouřit alespoň 6 hodin předem, aby plyn v žaludku a střevech nebránil zobrazení. Obvyklé léky užíjte i v den vyšetření, případně je zapijte douškem vody; v akutních případech lze vyšetřit i bez této přípravy.

Předpokládaný přínos

Vyšetření odhalí zúžení, uzávěr nebo jiné postižení břišní aorty a tepen a je podkladem pro volbu dalšího léčebného postupu.

Alternativní postupy

Alternativou je CT angiografie, magnetická rezonance cév nebo invazivní angiografie, obvykle až v případě nejednoznačného ultrazvukového nálezu.

Možná rizika a omezení metody

Ultrazvukové vyšetření nemá prokázané nežádoucí účinky. Výsledek může být omezen obezitou, plynatostí, výraznými kalcifikacemi ve stěně cév, nepříznivými anatomickými poměry nebo nedostatečnou spoluprací pacienta.

Otázky před vyšetřením

Zakroužkujte prosím správnou odpověď:

Jste alespoň 6 hodin nalačno (nejedl/a, nepil/a, nekouřil/a)?

ANO	NE
-----	----

Trpíte nadýmáním nebo jiným střevním onemocněním?

ANO	NE
-----	----

Prohlášení pacienta

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o povaze, účelu, přínosu, alternativách a možných rizicích vyšetření a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

ANO**NE**

Na základě poskytnutých informací souhlasím s provedením duplexního sonografického vyšetření břišní aorty a tepen. V případě zjištění neočekávaného závažného nálezu souhlasím s provedením nezbytných úkonů k záchraně života nebo zdraví.

ANO**NE**

Datum

Hodina

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Jméno a příjmení lékaře, který provedl poučení

Podpis lékaře