

Transthorakální echokardiografie

Ultrazvukové vyšetření srdce — 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

Echokardiografie je základní zobrazovací metodou v kardiologii. Umožňuje neinvazivně posoudit velikost a funkci srdečních oddílů, stav srdečních chlopní, tloušťku srdečního svalu a přítomnost tekutiny v osrdečníku. Vyšetření vám bylo doporučeno za účelem upřesnění diagnózy a naplánování dalšího léčebného postupu.

Popis a průběh vyšetření

Vyšetření provádí lékař pomocí ultrazvukové sondy přiložené na hrudník, případně v mezižebních prostorech vlevo od hrudní kosti. Na kůži je nanesen vodivý gel usnadňující přenos ultrazvukových vln. Vyšetření je nebolestivé, nevyžaduje žádnou zvláštní přípravu ani lačnění a trvá obvykle 20 až 30 minut. Nepoužívá se rentgenové ani jiné ionizující záření.

Předpokládaný přínos

Vyšetření umožní přesně posoudit strukturu a funkci srdce a je podkladem pro stanovení diagnózy, volbu léčby, případně indikaci dalších vyšetření.

Alternativní postupy

Srovnatelné informace v tomto rozsahu, neinvazivně a bez zátěže pro pacienta, poskytuje v současné době zpravidla pouze echokardiografické vyšetření. Doplnkově lze v indikovaných případech využít jícnovou echokardiografii, výpočetní tomografii (CT) nebo magnetickou rezonanci (MR) srdce; tyto metody bývají zátěžnější a slouží zpravidla k upřesnění nálezu.

Možná rizika

Vlastní ultrazvukové vyšetření srdce nemá pro pacienta žádná známá zdravotní rizika. Ve výjimečných případech se může objevit přechodné podráždění kůže od kontaktního gelu.

Otázky před vyšetřením

Zakroužkujte prosím správnou odpověď:

Máte alergii na ultrazvukový gel nebo jinou kožní precitlivělost?

ANO NE

Máte na hrudníku poranění, vyrážku nebo jiné kožní onemocnění?

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 vyšetření. V případě zjištění neočekávaného závažného nálezu vyžadujícího neodkladný zákrok 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