

Jícnová echokardiografie

Ultrazvukové vyšetření srdce jícnovou sondou — 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

Jícnová echokardiografie umožňuje detailní zobrazení srdečních chlopní a struktur, které nejsou dobře viditelné při vyšetření ultrazvukovou sondou přes hrudní stěnu. Vyšetření vám bylo doporučeno k upřesnění srdeční vady nebo k vyloučení nálezu v srdečních dutinách.

Popis a průběh vyšetření

Do jícnu se zavádí ohebná sonda o tloušťce malíku zakončená ultrazvukovým měničem, která díky těsné blízkosti jícnu a srdce umožňuje podrobnější zobrazení než vyšetření přes hrudník. Před vyšetřením je nutné 4 až 6 hodin lačnit a vyjmout případnou zubní protézu. Sestra vám zavede kanylu do žíly a hltan znecitliví sprejem; v případě potřeby podá do žíly lék na uklidnění. Sonda se zavádí vleže na levém boku za pravidelného dýchání nosem; vyšetření je nepříjemné, ale nebolestivé a probíhá za nepřetržité monitorace EKG.

Předpokládaný přínos

Vyšetření poskytne detailní informace o srdečních chlopních a strukturách nedostupných vyšetření přes hrudní stěnu a je podkladem pro volbu dalšího léčebného postupu.

Alternativní postupy

Alternativou je echokardiografické vyšetření přes hrudník, které však v řadě případů neposkytne stejně podrobné informace, případně CT nebo magnetická rezonance srdce.

Možná rizika

Vzácně se může objevit alergická reakce na znecitlivující látku nebo podaná léčiva, porucha srdečního rytmu, poranění sliznice dutiny ústní či zubů nebo zvracení. U pacientů s onemocněním jícnu hrozí výjimečně jeho poranění.

Otázky před vyšetřením

Zakroužkujte prosím správnou odpověď:

Máte alergii na znecitlivující sprej, léky nebo latex?

ANO

NE

Trpíte onemocněním jícnu, hltanu nebo dutiny ústní?

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, včetně podání znecitlivujícího spreje, případně sedativ nebo kontrastní látky. 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