

PORADNIA KARDIOLOGICZNA
80-767 Gdańsk, ul. Jaskółcza 7/15
NIP 583-27-08-120
Telefon: (58) 320-26-00 www.etermed.pl

PRÓBA DOBUTAMINOWA - INFORMACJE I ZGODA PACJENTA

Próba dobutaminowa - jest powszechnie uznaną, zasadniczo bezpieczną, nieinwazyjną metodą, polegającą na monitorowaniu pracy serca za pomocą echokardiografu przy zwiększającym się obciążeniu lekiem – DOBUTAMINĄ. DOBUTAMINA jest lekiem, aminą presyjną, która minimalnie przyśpiesza pracę serca i podwyższa ciśnienie tętnicze krwi.

CEL BADANIA:

Próba dobutaminowa ma na celu kontrolowaną prowokację ewentualnego niedokrwienia mięśnia sercowego oraz ocenę stopnia uszkodzenia mogącego świadczyć o chorobie wieńcowej jej zaawansowaniu oraz o konieczności wykonania koronarografii. Echokardiografia dobutaminowa u chorych po zawale serca posiada wysoką wartość w ocenie żywotności określonego obszaru mięśnia serca oraz prognozowaniu powrotu funkcji skurczowej lewej komory u pacjentów leczonych pierwotną angioplastyką (PCI) lub metodą przeszłowania naczyń wieńcowych (CABG).

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA:

1. Podejrzenie choroby wieńcowej u osób nie mogących wykonać wysiłku fizycznego.
2. Nieprawidłowe spoczynkowe EKG uniemożliwiające ocenę niedokrwienia (WPW, LBBB, kardiostymulacja komory).
3. Wątpliwie ujemny lub dodatni wynik próby wysiłkowej EKG niezgodny z obrazem klinicznym.
4. Kwalifikacja do rozległych operacji niekardiochirurgicznych celem oceny ryzyka powikłań sercowo - naczyniowych.
5. Ocena istotności czynnościowej granicznych zmian w koronarografii.
6. Ocena żywotności uszkodzonego obszaru przed ewentualną angioplastyką lub przeszłowaniem naczyń wieńcowych.

PRZECIWSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA:

1. Brak zgody pacjenta.
2. Nadwrażliwość na lek.
3. Ciężkie zwężenie drogi odpływu z lewej komory serca.
4. Niestabilna choroba wieńcowa.
5. Jaskra (przy stosowaniu Atropiny).

PORADNIA KARDIOLOGICZNA
80-767 Gdańsk, ul. Jaskółcza 7/15
NIP 583-27-08-120
Telefon: (58) 320-26-00 www.etermed.pl

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

Przed badaniem pacjent powinien:

- Znać swoją wagę ciała (do wagi pacjenta dobierana jest dawka leku).
- Dostarczyć posiadaną dokumentację medyczną: wypisy ze szpitali, wyniki badań, konsultacje, przyjmowane leki.
- Skonsultować się z lekarzem lub zapoznać z opisem badania.
- Na cztery godziny przed badaniem być na czczo.
- Na dwa dni przed badaniem odstawić leki z grupy B-blokerów (w dniu poprzedzającym badanie pacjent powinien przyjąć połowę dawki dobowej leku a w dniu badania bez leku).

Przykładowe leki z grupy B-blokerów: Atram, Atenolol, Betaloc ZOK, Beto ZK, Bisopromerck, Biosotal, Bisoratio, Bisocard, Bisohexal, Coronal, Coryol, Carvedilol, Carvetrend, Concor, Corator, Celipres, Dilatrend, Ebivol, Hypoten, Lokren, Metoprolol, Metocard, Nebilet, Nebicard, Nebinad, Nedal, Nebispes, Nebilenin, Sotalol, Sotahexal, Symtrend, Vivacor.

PRZEBIEG BADANIA:

Echokardiografia dobutaminowa polega na śledzeniu pracy serca za pomocą echokardiografii oraz ciągłym monitorowaniu jego czynności przy użyciu zapisu ekg. Co trzy minuty pielęgniarka mierzy ciśnienie tętnicze.

Przed badaniem pacjentowi zakładane jest wkłucie dożylnie, przez które podaje się dobutaminę w dawkach rosnących co 3 minuty. Dobutamina wywołuje w organizmie stan podobny do wysiłku fizycznym.

Lek podawany jest stopniowo począwszy od dawki 10 ug/kg/min, zwiększanej co 3 minuty o 10 ug/kg/min, do osiągnięcia maksymalnej dawki 40-50ug/kg/min. W razie braku odpowiedzi chronotropowej podaje się Atropinę w małych dawkach. Czas trwania badania to około 30 min.

OBJAWY MOGĄCE WYSTĄPIĆ W TRAKCIE BADANIA:

Częste: uczucie przyspieszonej pracy serca, uczucie gorąca, mrowienie skóry, włosy stają dęba.

Dość częste: uczucie parcia na pęcherz moczowy, niepokój.

Rzadkie: zawroty głowy, bóle głowy, nudności, osłabienie, ból w klatce piersiowej.

Bardzo rzadkie: utrata przytomności, zawał mięśnia sercowego.

LEKARZ MOŻE ODSZYSTĄPIĆ OD BADANIA Z PRZYCZYN MERYTORYCZNYCH.

PORADNIA KARDIOLOGICZNA
80-767 Gdańsk, ul. Jaskółcza 7/15
NIP 583-27-08-120
Telefon: (58) 320-26-00 www.etermed.pl

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja.....
.....

w pełni zrozumiałem/zrozumiałam informacje zawarte w formularzu i przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem/pielęgniarką. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z dr
spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat proponowanego działania, jego przebiegu i możliwych powikłań.

Wyrażam zgodę na wykonanie testu wysiłkowego i ewentualne dalsze leczenie, które okaże się niezbędne w razie wystąpienia powikłań zagrażających mojemu zdrowiu lub życiu.

.....
Data i podpis lekarza

.....
Data i podpis pacjenta lub
jego opiekuna prawnego