فرم آمادگی لازم جهت انجام اکو مری(TEE)

برای انجام اکومری رعایت موارد زیر الزامی است:

۱- همراه داشتن دفترچه بیمه و برگه ی درخواست پزشک الزامی است

۲- بیمار باید ۴-۶ ساعت قبل از اکومری ناشتا بلشد

۳- کلیه مدارک پزشکی (نوار قلب،عکس قفسه سینه،اکوهای انجام شه قبلی ،جواب آنژیوگرافی ،CDیا فیلم آنژیوگرافی و جواب اسکن)را به همراه داشته باشید

۴- آزمایشات زیر را انجام داده و جواب آنرا روز اکو مری همراه داشته باشید.انجام آزمایشات ذیل الزامی است

۵- در صورت مصرف قرص وارفارین حتما قبل از انجام اکو مری با پزشک در خواست کننده درباره نحوه مصرف قرص وارفارین مشورت شود

۶- در ورت مرف قرص وارفارین آزماش PT-INR یک روز قبل از انجام اکوی مری بررسی شود

۷- در صورت داشتن سابقه اشکال در بلع یامشکلات مری –سابقه خونریزی دستگاه گوارش یا عمل جراحی بر روی دستگاه گوارش یا سابقه بیماری های خونریزی دهنده–سابقه زردی–مشکلات دندانی(داشتن دندادن منوعی)سابقه جراحی گردن یا آسیب مهره های گردنی–سابقه حساسیت های دارویی،قبل از انجام اکو مری پزشک انجام دهنده اکو را مطلع سازید

۸- داشتن یک همراه الزامی است

قابل توجه بیماران گرامی:

۱- برای انجام اکو مری زمانی بین ۳ تا ۴ ساعت را در نظر داشته باشید

۲- بیمار تا دو ساعت بعد از انجام اکو مری باید ناشتا بماند و بعد از آن شروع به خوردن مایعات گرم و غذای نیمه جامد تا ۶ ساعت کند

۳- بیمار بعد از انجام اکو مری از رانندگی اجتناب کند

با تشکر کلینیک اکوکاردیوگرافی

فرم آمادگی لازم جهت انجام تست ورزش

برای انجام تست ورزش به موارد زیر توجه فرمایید:

۱- همراه داشتن دفترچه بیمه و برگه ی درخواست پزشک الزامی است

۲- ۴۸ ساعت قبل انجام تست ورزش داروهای زیر با نظر پزشک معالج قطع شود .

ترکیبات نیترات (ایزوسورباید،نیتروگلیسیرین)،بتابلوکر(آتنولول،پروپرانولول،متورال)وآنتاگونیست های کلسیم(آدالات،آمیلودیپین،دیلتیازم)و دیگوکسین

۳- ۳ساعت قبل از زمان تعیین شده جهت انجام تست ،ازخوردن غذاهای سنگین خودداری ککنید

۴- قبل از انجام تست ورزش استحمام کنید

۵- تراشیدن موهای جلوی سینهه درمورد آقایان الزامی است ،در غیر اینصورت وقت گرفته شده حذف می شود

۶- پوشیدن پیراهن جلو باز برای کلیه مراجعین(خانم و آقا)الزامی است

توجه:

۱- ساعت تعیین شده جهت تست ورزش به صورت تقریبی است و باتوجه به بیماران فوری سایر بخش ها ممکن است در انجام تست ورزش تا چندساعت تاخیر نیز وجود داشته باشد

۲- جواب تست ورزش همانروز بعداز آماده شدن به شما تحویل داده می شود،جهت مشورت با پزشک به درمانگاه مراجعه کنید

با تشکر کلینیک تست ورزش

فرم آمادگی لازم جهت انجام هولتر مانیتورینگ

برای انجام هولتر مانیتورینگ رعایت موارد زیر الزامی است:

۱- داروهای قلبی را در صورتی که پزشک مربوطه موافقت کرده باشد قطع کنید

۲- گرفتن وقت قبلی و همراه داشتن دفترچه بیمه الزامی است

۳- قبل از وصل هولتر حتما استحمام کنید

۴- در مورد آقایان تراشیدن موهای جلوی سینه (در هولتر نوار قلب) الزامی است، در غیر اینصورت وقت گرفته شده حذف خواهد شد

۵- پوشیدن پیراهن جلو باز و آزاد برای کلیه مراجعین الزامی است

قابل توجه بیماران گرامی:

۱- دستگاه به مدت ۲۴ یا ۴۸ ساعت به شما وصل است، در این مدت از موبایل، کنترل تلویزیون، ریش تراش میکرویو استفاده نکنید

۲- در طول زمان وصل هولتر نمی توانید دوش بگیرید

با تشکر

کلینیک هولتر مانیتورینگ

فرم آمادگی لازم جهت انجام اکو استرس

برای انجام اکو استرس به موارد زیر توجه فرمائید:

۱- همراه داشتن دفترچه بیمه و برگه ی درخواست پزشک الزامی است

۲- داروهای بتابلوکر نظیر آتنولول، متورال، ایندرال و آنتاگونیست های کلسیم مانند دیلتیازم، آدالات و آمیلودیپین با نظر پزشک معالج ۲۴ ال ۴۸ ساعت قبل از انجام اکو قطع شود

۳- بیمار باید ۳ ساعت قبل از انجام اکو ناشتا باشد

۴- بیمار حتما یک همراه داشته باشد

۵- بیمار باید کلیه مدارک پزشکی(نتوار قلب، عکس قفسه سینه، اوهای انجام شده قبلی، جواب آنژیوگرافی و cd یا فیلم آن و جواب اسکن را همراه داشته باشد

توجه:

برای انجام این اکو زمانی بین ۳ تا ۴ ساعت در نظر داشته باشید

باتشکر

کلینیک اکو

فرم رضایت و اجازه اکوکاردیوگرافی از راه مری //استرس اکو

با امید و اتکای به خداوند متعال اینجانب ..... فرزند ..... در کمال سلامتی عقل و آگاهی به تمام عوارض حین و بعد از انجام

۱- اکو مری همراه با بیهشی خفیف در تاریخ .....

۲- استرس اکو در تاریخ .....

که توسط تیم پزشکی این مرکز برای اینجانب توضیح داده شد و برای سایر بستگان نیز توضیح دادند بدینوسیله رضایت میدهم که پزشکان معالج به هر نحوی که لازم میدانند عمل نمایند ودر صورت بروز هرگونه ضایعه ی جانی و نقص عضو که ممکن است ناخواسته حادث گردد با توجه به ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی (حدود-قصاص-دیات) مصوب سال ۱۳۷۰ ، پزشکان معالج و کارکنان بخش قلب بیمارستان بوعلی سینا را از هرگونه ضمان قانونی و شرعی ناشی از معالجات سرپایی و جراحی بری الضمه دانسته و هرگونه ادعای خسارت و دیه از طرف خود و یا اولیای دم در حال و آتی را از ایشان ساقط نمودم.

امضاء و اثر انگشت

بیمار/ سرپرست بیمار:

امضاء اثر انگشت

بستگان درجه یک :