

**Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s provedením spiroergometrie
(zatížení na speciálně upraveném jízdním kole)**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta(ky): (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Vážená pacientko, vážený paciente,

K upřesnění diagnostického postupu je ve Vašem případě vhodné posoudit reakci organismu na fyzickou zátěž.

Název výkonu

Spiroergometrie

(zatížení na speciálně upraveném jízdním kole nebo běhátku).

Účel výkonu

Principem vyšetření je zatížení a sledování fyziologických parametrů - krevní tlak, tepová frekvence, ekg- křivka, při spiroergometrii i průběh dýchání a spotřeba plynů.

Proč doporučujeme tento výkon?

Na základě výsledků lze pak diagnostikovat poruchy funkce srdce, plic apod., které za klidových podmínek nelze odhalit. Můžeme stanovit úroveň Vaší tělesné zdatnosti nebo stupeň jejího omezení.

Povaha výkonu

Před výkonem:

- 3 hodiny před výkonem sníst pouze lehčí jídlo
- vzít sebou seznam užívaných léků (některé léky je třeba před výkonem vysadit)
- donést vhodnou sportovní obuv (tenisky) a ručník – po testu je možno se osprchovat
- před výkonem nekouřit, vyhýbat se výraznější fyzické zátěži
- výkon nelze provádět při akutní infekci (nachlazení, zvýšená teplota, zažívací potíže).

Vlastní výkon:

Test je prováděn se stupňovanou zátěží – od lehké zátěže a postupně se zvyšuje. Dodržujte pokyny sestry a lékaře. Příklad automaticky dodržuje stanovený výkon .

Cílem je dosáhnout Vámi maximálně tolerované zátěže. Upozorněte proto během testu na jakékoli potíže spojené s námahou (píchání na hrudi, extrémní dušnost, bolest končetin), aby byl test případně předčasně ukončen.

Při spiroergometrii zátěž absolvujete s maskou kryjící ústa a nos. Dýcháte vzduch z okolní místnosti a v masce zabudované analyzátoři měří spotřebu kyslíku. Dýchání je jen lehce ztíženo a pro většinu z Vás by nemělo být problémem.

Po výkonu:

5 – 10 minut budete sledováni zdravotnickým personálem jako během zátěže.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Stanovení spotřeby O₂ v maximální zátěži, hodnoty aerobního prahu a vyhodnocení zátěžové ergometre. Stanovení fyzické zdatnosti.

Alternativa výkonu

Stanovení laktátové křivky - ve FN Olomouc se neprovádí.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Komplikace spojené s vyšetřením jsou vzácné. Nejčastější možné komplikace

jsou:

- mdloby, závratě – bezprostředně po ukončení testu
- velmi vzácně poruchy srdečního rytmu, nepřiměřená dušnost, cévní mozkové příhody, případně infarkt myokardu.

Následky výkonu

Únava

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Vzor vyplnění (zatržení): Zakroužkujte správnou odpověď

ANO

NE

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta(tky) nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení	Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení

Jméno a příjmení lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Podpis lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Datum:	Hodina

Zpracoval: MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D.
Přednosta: doc. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA