

Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s provedením zátěžového elektrokardiografického vyšetření

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 Vaší diagnózy je ve Vašem případě vhodné posoudit reakci organismu na fyzickou zátěž.

Název výkonu

Zátěžové elektrokardiografické vyšetření.

Účel výkonu

Proč doporučujeme tento výkon?

Principem vyšetření je zatížení na bicyklovém ergometru, při kterém se sledují fyziologické parametry - krevní tlak, tepová frekvence, ekg- křivka. Na základě získaných výsledků lze pak diagnostikovat poruchy funkce srdce a krevního oběhu, které by za klidových podmínek nebylo možno odhalit.

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. Dodržujte pokyny sestry a lékaře.

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.

Po výkonu:

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

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Sledování srdečních funkcí (EKG, krevní tlak, tepová frekvence) v zátěži.

Alternativa výkonu

Zátěžové EKG po farmakologické stimulaci - na tomto pracovišti 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.

Vzor vyplnění (zatržení): **Zakroužkujte správnou odpověď**

ANO

NE

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> 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.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> 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

