**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)**

**s provedením spiroergometrie**

**(zatížení na speciálně upraveném jízdním kole)**

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

Vážená pacientko, vážený paciente,

K upřesnění diagnostického a terapeutického 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 dechové parametry jako je spotřeba kyslíku nebo výdej oxidu uhličitého.  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:  - 2 hodiny před výkonem sníst pouze lehčí jídlo, před testem můžete přiměřeně pít,   * vzít sebou seznam užívaných léků (některé léky je třeba před výkonem vysadit), * donést vhodnou sportovní obuv (tenisky), kraťasy a ručník – po testu je možno se osprchovat, * před výkonem 24 hodin nekouřit, nepožívat alkohol, 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 do pacientova submaxima nebo maxima. Během testu dodržujte pokyny sestry a lékaře.  Cílem je dosáhnout Vámi maximálně tolerované zátěže. Upozorněte proto během testu na jakékoli potíže spojené s námahou (bolesti 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 analyzátory měří spotřebu kyslíku a výdej oxidu uhličitého. 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**  Hodnocení základních fyziologických parametrů, stanovení spotřeby O2 v maximální zátěži, hodnoty anaerobního (ventilačního) prahu a vyhodnocení zátěžového EKG. Stanovení fyzické zdatnosti. |

|  |
| --- |
| Alternativa výkonu  Stanovení laktátové křivky. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**  Únava. |

|  |
| --- |
| 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 včetně náhlé smrti. |

**V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.**

**Souhlas:**

|  |
| --- |
| ***pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | NE |
| Byl jsem informován 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 jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem 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 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 nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon | Podpis lékaře, provádějícího výkon | Datum | Hodina |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:** | | | |
|  | | | |
| **Jak pacient projevil svou vůli:** | | | |
|  | | | |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|  |  |  |  |