Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)

s provedením zátěžového elektrokardiografického vyšetření

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

|  |
| --- |
| **Název výkonu**  **Zátěžové elektrokardiografické vyšetření (ergometrie).** |

|  |
| --- |
| **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:   * 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. 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.  Po výkonu:   * 5 – 10 minut budete sledováni zdravotnickým personálem jako během zátěže   **V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!** |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**  Sledování fyziologických funkcí (EKG, krevní tlak, tepová frekvence) v zátěži. |

|  |
| --- |
| Alternativa výkonu  Zátěžové EKG po farmakologické stimulaci. |

|  |
| --- |
| 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. |

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

**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 |
|  |  |  |  |