VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ZÁTĚŽOVÉ VYŠETŘENÍ - ERGOMETRIE A SPIROERGOMETRIE

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Cílem tohoto zdravotního výkonu je získat objektivní informace o reakci vašeho organizmu na zátěž. Některé stavy (námahová dušnost, námahové bolesti na hrudi aj.) se za klidových podmínek nemohou projevit. Navíc toto vyšetření umožňuje zhodnotit funkční rezervy organizmu. Informace získané při zátěžovém vyšetření mohou pomoci v diagnostické rozvaze, zhodnocení rizika dalších výkonů, sledování funkčních dopadů srdečního, plicního a svalového postižení a také v určení pohybové aktivity.

Rizika výkonu:

Tento výkon má minimum nežádoucích účinků. Aby bylo vyšetření co nejbezpečnější, provádí se pouze u pacientů ve stabilním stavu. Nesmí se provádět u pacientů s akutním infekčním onemocněním, ani v jeho těsné rekonvalescenci.

Mírné nežádoucí účinky se vyskytují v jednotkách procent. Mezi nejčastější patří tzv. pozátěžová hypotenze, kdy po ukončení testu klesá krevní tlak pod hodnoty před testem. U některých pacientů tento pokles může být provázen točením/motáním hlavy a někdy i rozostřeným viděním. Většinou do 10-15 minut odezní.

Závažné nežádoucí účinky, kdy je ohrožen život pacienta, se vyskytují v 5 případech na 10 000 vyšetření a úmrtí bylo zaznamenáno v 1 případu na 10 000 vyšetření.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Toto vyšetření nelze nahradit jinou vyšetřovací metodou, která by podala informaci o reakci organizmu na dynamickou zátěž.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Minimálně 12 hodin před vyšetřením je vhodné se vyvarovat velké fyzické námahy. Před vyšetřením minimálně 12 hodin by se neměl konzumovat alkohol a nemělo by se kouřit, 2 hodiny před vyšetřením by se nemělo jíst.

Vyšetření se provádí na bicyklovém ergometru, na kterém se šlape obdobně jako na běžném rotopedu. Občas se vyšetření prování na běhátku. Začíná se na malé zátěži, která se postupně zvyšuje dle tolerance vyšetřovaného. Vyšetření trvá většinou mezi 8-12 minutami. Důvodem ukončení zátěže bývá nejčastěji slabost dolních končetin nebo dušnost. Po celou dobu vyšetření jste pod dohledem specializované sestry a lékaře, kteří mohou test z bezpečnostních důvodů ukončit dříve. Celou dobu vyšetření je u vás monitorována srdeční frekvence pomocí elektrokardiografie (EKG), měřen krevní tlak.

Při spiroergometrii je navíc oproti ergometrii analyzován objem a složení vdechovaného a vydechovaného vzduchu, což umožní získat další velmi důležité informace. Vyšetřovaný dýchá přes náustek pouze ústy a má nos uzavřen klipem.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Vlastní vyšetření včetně přípravy trvá přibližně 60 minut. Výjimečně, např. při pozátěžové hypotenzi, se z bezpečnostních důvodů doba sledování po výkonu může prodloužit. Po vyšetření můžete být zpoceni, bude vám k dispozici sprcha. Jiná omezení nejsou.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ

Další potřebná léčba:

Budete informováni Vaším ošetřujícím lékařem podle povahy a závažnosti Vašeho onemocnění.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....	.....
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka