Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

INFORMOVANÝ SOUHLAS K ERGOMETRII

jméno, příjmení pacienta/pacientky:_____
(hůlkovým písmem)

výška/váha pacienta/pacientky:_____

rodné číslo (číslo pojištěnce): _____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/pacientky:_____

_____

Účel, důvod zákroku (vyšetření):
Ergometrie před scintigrafickým vyšetřením myokardu.

Jedná se o vyšetření na bicyklovém ergometru, které umožní sledovat práci srdce při postupně se zvyšující zátěži. Nejčastěji takto prokazujeme ischemickou chorobu srdeční (anginu pectoris) a srdeční arytmii. Při vyšetření pacient šlape na bicyklovém ergometru s tím, že síla, kterou musí vyvinout se postupně v pravidelných intervalech zvyšuje. Během vyš. je monitorována EKG křivka, tepová frekvence a krevní tlak.
Výkon je ukončen po dosažení maximálních hodnot zátěže, při potížích nemocného, významných změnách EKG křivky, krevního tlaku nebo tepové frekvence, případně pokud pacient není schopen fyzicky pokračovat.
24 hod. před vyšetřením je třeba po domluvě s ošetřujícím lékařem vysadit některé léky: nitráty, antagonisty kalcia a 48 hod. před vyšetřením – betablokátory.

Rizika zákroku (vyšetření) *(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření)):*
Srdeční arytmie, slabost, mdloby, závratě, přechodná bolest na hrudi, velmi vzácně infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, srdeční zástava.

Vyšetření je kontraindikováno u akutních koronárních syndromů, instabilní AP, závažném zúžení aortální chlopně, nekontrolované arytmii či srdečním selhání.

Alternativa k výkonu:
Farmakologický zátěžový test srdce.

Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací:
Informovat zdravotnický personál o užívaných lécích.
Včasné informování zdravotního personálu o případných potížích, zabrání rozvoji možných komplikací.

Já, níže podepsaný(á) pacient(ka), potvrzuji:

že jsem byl(a) lékařem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o účelu, povaze, průběhu, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích zdravotního výkonu,

že jsem srozuměn(a) s tím, že provedený zákrok nemusí změnit můj zdravotní stav k lepšímu a může se také stát, že můj zdravotní stav se může zhoršit,

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

že mi bylo umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ, otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti,

že jsem srozuměn(a) s tím, že zákrok může provést i někdo jiný než můj ošetřující lékař,

že jsem nezamlčel(a) žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na vyšetření,

že jsem při plném vědomí, orientován(a) v čase, místě a osobou, a již nemám žádné další otázky,

bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších výkonu nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou výkony provedeny.

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum:

Podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce:_____

Jméno a příjmení

zákonného zástupce /opatrovníka/:_____

RČ:_____

Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout. Vyjadřuji souhlas s indikací vyšetření na návrh indikujícího lékaře.

Datum: Jméno lékaře:_____ Podpis lékaře:_____