

SPIROERGOMETRICKÉ VYŠETŘENÍ (zatížení na speciálně upraveném jízdním kole)

Pacient/ka: Narozen/a:

titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:

titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

k upřesnění diagnostického a léčebného postupu je ve Vašem případě vhodné posoudit reakci organismu na fyzickou zátěž.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Zátěžová spiroergometrie je vyšetření, kdy při řízené fyzické zátěži na bicyklovém ergometru sledujeme fyziologické parametry (krevní tlak, tepovou frekvenci, EKG křivku) a pomocí speciální masky či náustku pak průběh dýchání a spotřebu plynů. Na základě získaných výsledků lze pak diagnostikovat poruchy funkce srdce, krevního oběhu, plic či svalová onemocnění, které za klidových podmínek nelze odhalit. Můžeme stanovit úroveň Vaší tělesné zdatnosti nebo stupeň jejího omezení

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Toto vyšetření nelze nahradit jiným vyšetřením, které by podávalo stejnou informaci.

Příprava k výkonu

V předchozích 12-ti hodinách je vhodné vyvarovat se velké a neobvyklé tělesné zátěži. 3 hodiny před vyšetřením nejíst, nekouřit a nepít nápoje s obsahem kofeinu. S sebou si vezměte vhodnou sportovní obuv, ručník, event. nápoj.

Postup při výkonu

Vyšetření se provádí na bicyklovém ergometru, na kterém se šlape obdobně jako na bicyklu. Test je prováděn se stupňovanou zátěží – od lehké zátěže, která se postupně zvyšuje, dokud ji vyšetřovaný toleruje.

Cílem je dosáhnout maximální tolerovanou zátěží. Nejobvyklejším důvodem k ukončení testu je dušnost nebo únava dolních končetin, proto během testu upozorněte na jakékoliv obtíže spojené s námahou. Spiroergometrie se provádí pomocí masky kryjící ústa a nos, díky které lze během výkonu analyzovat složení vdechovaného a vydechovaného vzduchu. Po celou dobu vyšetření se monitoruje křivka EKG pomocí elektrod a krevní tlak tlakovou manžetou.

Po ukončení zátěže pokračuje sledování fyziologických parametrů. Během celého vyšetření je přítomen lékař a sestra.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Komplikace vyšetření jsou ojedinělé. Nejčastěji se jedná o mdloby a závratě po ukončení testu. Vzácně pak poruchy srdečního rytmu, nepřiměřená dušnost, cévní mozkové příhody nebo infarkt myokardu. Z důvodu prevence komplikací je test prováděn u nemocných, kteří jsou ve stabilizovaném stavu

Chování po výkonu, možná omezení

Přechodně je nutno počítat po výkonu s únavou a zvýšeným pocením.



Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy

gestem:

očima

jinak:

Svěděk:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěděk:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)