InterKardia Mělník spol.s.r.o., interní ambulance

poliklinika Mělník, Pražská 528

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU**

dle Vyhl.o zdravotnické dokumentaci č.98/2012 Sb.

Pacient..............................................................................

(Jméno, příjmení)

R.Č....................................................................................

Název výkonu (vyšetření): **BICYKLOVÁ** **ERGOMETRIE**

**Vážená paní, vážený pane,**

v předkládaném formuláři si přečtete informace o bicyklové ergometrii.

**Co je ergometrie:**

Bicyklová ergometrie je metoda zátěžového vyšetření, které se provádí v diagnostice bolestí na hrudi, kde jednou z mnoha příčin je ischemická choroba srdeční (stenozující onemocnění tepen zásobujících srdeční sval). V indikovaných případech provádíme vyšetření z preventivních důvodů, ke zhodnocení fyzické výkonnosti pacienta, k vyloučení poruch rytmu, zhodnocení reakce TK na zátěž, nebo v rámci screeningu skrytých forem ICHS u některých rizikových profesí /hasič, sportovec/.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Důvodem je zjištění změn v EKG křivce v závislosti na stupňující se zátěži.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Po napojení pacienta EKG elektrodami na tělo a upevnění manžety k měření krevního tlaku je pacient vyzván k započetí šlapání na ergometru. Dodržuje stálý počet otáček, t. j. 60 za minutu. Během vyšetření je stále monitorována srdeční frekvence, je zaznamenáváno EKG pacienta a v intervalech cca 2 minuty je měřen krevní tlak. Během vyšetření se postupně zvyšuje zátěž – odpor v pedálech. V průběhu celého testu je pacient sledován lékařem, který na základě klinického stavu, EKG křivky, krevního tlaku a pulsu rozhodne o ukončení testu. Pacient má možnost kdykoliv test ukončit, z důvodu fyzické vyčerpanosti.

Doba testu je individuální dle trénovanosti pacienta, pohybuje se mezi 5–12 minutami.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Obecně je riziko vyšetření velmi nízké, je-li pacient sledován za výše uvedených podmínek. Pracoviště provádějící ergometrii je vybaveno pro léčbu možných komplikací (poruchy rytmu, bezvědomí). Nejzávažnější komplikací ergometrie je akutní infarkt nebo závažná arytmie, výskyt těchto komplikací je v obecné populaci velmi nízký. Při vyšetření může dojít k pocitu závratí, nevolnosti, což je většinou způsobeno rychlejším poklesem tlaku krevního při maximální zátěži, nebo častěji v době odpočinku po dokončení testu. Ve výjimečných případech může dojít ke kolapsovému stavu. V případě poruch rytmu je vyšetření ukončeno. Mezi další subjektivní potíže patří pocit nedostatku dechu nebo bolest nohou.

**Alternativy výkonu:**

Alternativním vyšetřením v diagnostice ischemické choroby srdeční jsou zátěžové echo-kardiografické vyšetření nebo scintigrafie myokardu, obě tyto metody vyžadují podání farmaka nitrožilně, dostupné jsou na jiném vzdálenějších pracovišti.

Metodou přímo zobrazující srdeční tepny je koronarografie, jedná se však již o metodu invazivní, s řadou jiných možných komplikací.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

V případě nekomplikovaného vyšetření nejsou žádná omezení v dosavadním způsobu života.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném vyšetření a to včetně upozornění na možné komplikace.

MUDr. .................................................. …................................. ….................................

Jméno a příjmení lékaře podpis lékaře datum

**Souhlas pacienta**

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu.**

**Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a).**

**Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

…................................................................................................... …...................................................................

podpis pacienta (zákonného zástupce) datum