

**INFORMACJA DLA PACJENTA
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY LUB
TERAPEUTYCZNY STWARZAJĄCY PODYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA**

TEST WYSIŁKOWY EKG

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA.

Na podstawie dotychczas wykonanych badań Pana/Pani lekarz prowadzący stwierdził, że wskazane jest wykonanie testu wysiłkowego EKG. Jego celem jest ocena pracy serca w warunkach zwiększonego obciążenia. Wysiłek fizyczny powoduje przyspieszenie pracy serca i zwiększenie siły jego skurczu, może podnosić ciśnienie krwi. Istnieje wiele wskazań do badania m.in.: ocena wydolności wysiłkowej, diagnostyka choroby wieńcowej jak i ocena wskazań do jej interwencyjnego leczenia.

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA.

Kilka dni przed badaniem lekarz prowadzący może odstawić niektóre leki, lub zamienić je na inne, ponieważ mogą utrudniać interpretację wyniku. Należy poinformować lekarza o stosowanym leczeniu, uczuleniach na leki oraz ciąży. Przed badaniem nie jest wskazane wykonywanie większych wysiłków na 12 godz. przed, a także palenie tytoniu i spożywanie obfitych posiłków bezpośrednio przed testem, można natomiast zjeść lekkie śniadanie.

3. PRZEBIEG BADANIA.

Badanie wykonywane jest na bieżni pod nadzorem lekarza. Zostanie Pan/Pani poproszona o marsz na bieżni w specjalnie dobranym do Pana/Pani wieku tempie. Podczas badania prowadzona jest stała rejestracja EKG, oraz co kilka minut wykonywane są pomiary ciśnienia tętniczego. Lekarz poprosi Pana/Panią o stałe informowanie o samopoczuciu, stopniu nasilenia zmęczenia i o ewentualnych pojawiających się dolegliwościach. Po zakończeniu testu przez 3 do 10 minut trwać będzie jeszcze obserwacja pacjenta, zapisu EKG oraz ciśnienia krwi.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ.

Test wysiłkowy EKG jest badaniem bezpiecznym, a ryzyko wystąpienia poważnych zagrażających życiu powikłań jest niskie i wynosi 0.01- 0.1% (tzn. 1-10 / 10 000 badań)

Wysiłek fizyczny może spowodować spadek lub nadmierny wzrost ciśnienia krwi. W przypadku sprowokowania niedokrwienia serca może wystąpić ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu i przewodzenia. W przypadku wystąpienia każdego z powyższych objawów próba będzie przerwana.

Prosimy, aby Pan/Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pan/Pani wiedzieć w związku z planowanym badaniem. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pana/Pani pytania.

5. OŚWIADCZENIE PACJENTA.

Potwierdzam, że zostałam/em w przystępny i zrozumiały sposób poinformowana/ny o stanie mojego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i nie budzący żadnych wątpliwości.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem (imię i nazwisko):

.....
spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat dających się przewidzieć następstw zastosowania wymienionego wyżej badania/zabiegu albo ewentualnych skutkach jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem/zabiegiem.

**Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie u mnie
Testu Wysiłkowego EKG**

Data

pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta