



Informacja dla pacjenta oraz oświadczenie świadomej zgody na wykonanie Elektrograficznego testu wysiłkowego- próba wysiłkowa

I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury

Po dokonaniu analizy obrazu klinicznego Pana/Pani choroby, wskazane jest wykonanie testu wysiłkowego. Badanie to jest pomocne w rozpoznaniu i ocenie skuteczności leczenia choroby wieńcowej.

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Test wysiłkowy polega na rejestracji zapisu EKG i monitorowaniu ciśnienia krwi w czasie i po obciążeniu kontrolowanym wysiłkiem. Badanie przeprowadzane jest na ergometrze rowerowym, na którym stopniowo co 2-3 minuty zwiększa się obciążenie. Dla bezpieczeństwa pacjenta badanie jest przeprowadzane przez lekarza w obecności pielęgniarki. Badany na 3 godziny przed próbą nie powinien spożywać posiłków, pić mocnej kawy/herbaty, palić papierosów. Przyjmowanie leków uzależnione od decyzji lekarza. Przed badaniem:

- na klatkę piersiową naklejane są elektrody jednorazowego użytku;
- na ramię zakładany mankiet do pomiaru ciśnienia tętniczego;
- zgłosić lekarzowi wystąpienie jakichkolwiek dolegliwości bólowych czy też duszności.

W trakcie badania należy ściśle współpracować z personelem medycznym, zarówno dla bezpieczeństwa pacjenta jak i dla uzyskania miarodajnego wyniku. Próba kończona jest w chwili osiągnięcia maksymalnego, tolerowanego przez pacjenta zmęczenia lub natychmiast w przypadku wystąpienia wskazań medycznych lub na prośbę pacjenta.

III. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Uważa się, że badanie jest bezpieczne i rzadko niesie niepożądane powikłania. Najczęściej występują objawy chorobowe stymulowane wysiłkiem: ból w klatce piersiowej, bóle kończyn dolnych, zaburzenia rytmu serca, zawroty głowy, spadek lub nadmierny wzrost ciśnienia tętniczego, uczucie zmęczenia (czasem utrzymuje się jeszcze kilka godzin po zakończeniu badania), omdlenie, zasłabnięcie. Zdarza się wystąpienie poważnych powikłań do których należy: ostry zespół wieńcowy, niewydolność serca i zgon. Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań, które mogą wymagać dalszego leczenia lub też mogą być przyczyną zagrożenia życia.

IV. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od zaproponowanej procedury diagnostyczno- terapeutycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w diagnostyce i podjętym leczeniem. W konsekwencji może stanowić zagrożenie dla życia.

OŚWIADCZENIA

I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze **Elektrograficzny test wysiłkowy- próba wysiłkowa**
- 2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem. Miałem/łam możliwość zadawania pytań i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

.....

Data i podpis pacjenta

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej i oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

Data i podpis pacjenta

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Imię i Nazwisko.....PESEL.....

II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza