

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zátěžová ergometrie

Pacient.....RČ.....poj.....

Bydliště.....

Zákonný zástupce.....telefon.....

Příbuzenský vztah.....

Zaměření.....Oddíl.....

Popis výkonu:

Ergometrie je lékařská metoda, která poskytuje objektivní informace o fyzické zdatnosti sportovce a výkonnost jeho srdce a krevního oběhu. Během ergometrie sledujeme, jak se srdce chová při zátěži. Vyšetření provádíme na bicyklovém ergometru, kdy sportovec sedí na ergometru a šlape na něm podobně jako na kole. Současně je mu měřeno zátěžové EKG (elektrokardiogram), tepová frekvence a krevní tlak.

Rizika a komplikace při a po výkonu:

Komplikace vyšetření jsou ojedinělé, riziko vážných komplikací je velmi nízké (srdeční infarkt méně než 1 promile, náhlé úmrtí 0-5/100000 vyšetření). Mohou se objevit poruchy srdečního rytmu, které jsou ve většině případů nezávažné a ustoupí spontánně, případně po podání léků. Bezprostředně po ukončení testu se mohou objevit také mdloby, závratě.

Alternativy zdravotního výkonu:

Fyzický pohyb je nejpřirozenější způsob zátěže, proto dáváme ergometrii přednost před vyšetřením farmakologickým a provádíme ho přednostně všude tam, kde je klient schopen šlapat na kole.

Příprava k výkonu:

Výkon nelze provádět při akutní infekci (nachlazení, zvýšená teplota, zažívací potíže).
V předchozích 12 hodinách je vhodné se vyvarovat velké a neobvyklé tělesné zátěži, 12 hodin před výkonem nepít alkohol a nekouřit, 3 hodiny před vyšetřením nejíst a nepít nápoje s obsahem kofeinu.

Prohlášení sportovce/zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný(á) prohlašuji, že jsem nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit průběh zátěžového testu. Souhlasím s provedením testu a v případě neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení kroků k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.

Dále prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) o povaze ošetření a byl(a) jsem informován(a) o možných rizicích tohoto výkonu. Přečetl(a) jsem si informace o možných rizicích a komplikacích vyšetření a vyšetření podstupuji na vlastní zodpovědnost. Měl(a) jsem možnost klást lékařovi doplňující otázky a mé dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením lékařského výkonu. Všemmu jsem porozuměl(a) a s navrženým postupem souhlasím.

Podpis pacienta/zákonného zástupce:

Datum:

Podpis lékaře provádějícího poučení (včetně razítka pracoviště):

