



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

**PR5\_PJ16\_F13**

**ZGODA NA TEST PIONIZACYJNY**

**(TILT TEST)**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

**1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana(y).

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania, celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia badania, rokowaniach.**

Badanie nieinwazyjne, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach proponowanego badania.

Zespół wazowagalny (zespół omdleń odruchowych) – zespół neurokardiogeny w przebiegu którego na skutek pionizacji dochodzi do odruchowego zwolnienia rytmu serca i/lub spadku ciśnienia tętniczego, a w konsekwencji do utraty przytomności.

Test pionizacyjny jest podstawowym badaniem w diagnostyce omdleń odruchowych. Wykorzystywany jest do diagnostyki kardiologicznych przyczyn omdleń i zapaść. Na podstawie badania można określić reakcję układu krążenia (serca i naczyń krwionośnych) na długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej oraz siedzącej. Test umożliwia rozpoznanie zespołu wazowagalnego, który może stanowić przyczynę omdleń.

Masaż zatoki tętnicy szyjnej: u osób po 40 roku życia wskazane jest wykonanie masażu (naprzemiennego kilkusekundowego ucisku) szyi po obu stronach kręgosłupa w celu wykluczenia omdleń związanych z nadwrażliwością zlokalizowanych tam receptorów.

**Przygotowanie do Tilt Testu**

U osób powyżej 40 roku życia wymagane jest wcześniejsze wykonanie USG tętnic szyjnych i kręgowych.

Do badania pacjent przychodzi na czczo i bez leków (leki z grupy B-blokerów, np. Bisocard, Metocard, Nedal, Vivacor odstawić po konsultacji z lekarzem na 4 okresy półtrwania). Wymagane jest założenie wkłucia żylnego na minimum godzinę przed badaniem. W związku z czasem trwania badania (około 2 godzin) osoba badana powinna przed testem skorzystać z toalety.

Badanie odbywa się u pacjentów hospitalizowanych z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu (Task Force Monitor). Po 10-20 minutowym okresie leżenia pionizuje się pacjenta do kąta 60 stopni. Przez cały czas badania monitoruje się zapis pracy serca (ekg), ciśnienie krwi metodą oscylometryczną (mankiet na ramieniu) oraz ciążgłą (podwójny mankieta na palcach drugiej ręki). Zmiany pozycji ciała dokonuje się przy pomocy stołu uchylonego

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

z podpórką na stopy, z pasami zabezpieczającymi pacjenta przed upadkiem w momencie utraty przytomności. W trakcie badania jest zachowana cisza oraz zostaje przygaszone światło.

Badanie jest podzielone na 4 etapy:

1. etap: 10-20 minutowy okres leżenia.
2. etap: 30 minut pionizacji biernej (45 minut w przypadku braku prowokacji nitrogliceryną - NTG).
3. etap: kolejne 15 minut pionizacji po prowokacji NTG podanej w postaci aerozolu pod język (tylko, jeżeli podczas 2. etapu nie wystąpiło omdlenie lub istotny spadek ciśnienia tętniczego krwi). Podana NTG przyspiesza pracę serca, może wystąpić duszność, uczucie gorąca oraz bóle głowy. Takie objawy trwają zazwyczaj kilka minut, po czym cofają się lub prowokują omdlenie. Przed podaniem NTG można również wykonać masaż zatok tętnic szyjnych.
4. etap: powrót do pozycji leżącej z następczą obserwacją po omdleniu celem normalizacji wszystkich parametrów oraz samopoczucia pacjenta.

### 3. Przeciwwskazania do wykonania testu.

- ciąża
- udar mózgu w ciągu 3 miesięcy
- świeży zawał serca lub niestabilna dusznica bolesna
- istotne, niewyrównane nadciśnienie tętnicze (>180/100 mmHg)
- istotna niestabilność kręgosłupa szyjnego
- zaawansowana niewydolność krążenia (klasy III i IV według NYHA)
- istotne zwężenia w tętnicach szyjnych

### 4. Możliwych, najprawdopodobniejszych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Test pionizacyjny jest bezpiecznym badaniem nieinwazyjnym, ale sporadycznie mogą wystąpić powikłania. Do głównych powikłań należą:

- Występujące dość często: utrzymujące się po badaniu niskie wartości ciśnienia tętniczego krwi i/lub wolna czynność serca (tętna) z uczuciem ogólnego osłabienia.
- Występujące rzadko: podczas głębokiego omdlenia możliwe mimowolne oddanie moczu/stolca, drgawki.
- Występujące bardzo rzadko: u osób ze zmianami miażdżycowymi / anomaliami tętnic szyjnych/kręgowych opisywano incydenty neurologiczne, w tym: przemijające niedokrwienie mózgu/udar niedokrwienny mózgu.
- Inne bardzo rzadko występujące i trudne do przewidzenia powikłania: występują u mniej niż 0.1% poddanych zabiegowi pacjentów.

### 4. Postępowaniu po zabiegu

W przypadku prawidłowo przeprowadzonego testu pacjenci mogą opuścić szpital zazwyczaj w 1. dniu.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

**Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:**

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

**Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:**

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłem/łam do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

oświadczam, że zostałem/em poinformowany/a o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONA ZGODĘ\* na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* zaznacz właściwe

\*\* pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>