



**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\_F41**

**ZGODA NA ELEKTROKARDIOGRAFICZNA PRÓBĘ WYSIŁKOWĄ**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

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

**2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu/badania.**

Próba wysiłkowa jest badaniem serca, które pozwala wykryć choroby układu krążenia, w tym chorobę wieńcową. Próba wysiłkowa określa również w pewnym zakresie wydolność fizyczną, zależność tętna i ciśnienia tętniczego od wykonanego wysiłku. Po wykonaniu wstępnej oceny pacjenta, pomiarze tętna, ciśnienia tętniczego i zapisaniu spoczynkowego EKG pacjent rozpoczyna wysiłek: marsz na bieżni lub cykloergometrze. Podczas badania monitorowane jest EKG oraz mierzone jest ciśnienie tętnicze. Parametry te są analizowane na bieżąco przez lekarza, dzięki czemu można precyzyjnie określić moment, kiedy badanie należy zakończyć. Bieżnia ruchoma porusza się coraz szybciej oraz zmienia swój kąt nachylenia, przez co wykonywany wysiłek jest coraz większy bądź obciążenie na cykloergometrze zwiększa się zgodnie z protokołem badania. Podczas marszu pacjent w każdej chwili może również samodzielnie zdecydować o zakończeniu testu – sygnalizując to personelowi lub naciskając alarmowy guzik STOP bądź przerywając wysiłek na cykloergometrze.

**3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu/badania, rokowaniach.**

Badanie wykonywane jest wyłącznie na zlecenie lekarza, po dokładnej ocenie chorego, w sytuacji określonych wskazań i przy uwzględnieniu przeciwwskazań.

Wskazaniami do wykonania próby wysiłkowej są:

- diagnostyka w kierunku choroby niedokrwiennej serca w określonej grupie chorych (diagnostyka bólu w klatce piersiowej)
- ocena zaawansowania już rozpoznanej choroby niedokrwiennej serca lub ocena skuteczności wykonywanych zabiegów na tętnicach wieńcowych (tętnicach serca)
- określenie wydolności wysiłkowej układu krążenia przed rozpoczęciem treningu rehabilitacyjnego i monitorowanie postępów tego treningu
- określenie możliwości przyspieszenia rytmu serca podczas wysiłku (tzw. ocena chronotropizmu serca) ORAZ ocena zaburzeń rytmu serca wywołanych wysiłkiem.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

#### 4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/badania.

Cztery godziny przed badaniem nie powinno się jeść, palić papierosów ani spożywać innych używek, gdyż może to zafałszować wynik testu. Warto mieć wygodne ubranie oraz obuwie, by nie krępować ruchów podczas wysiłku.

#### 5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.

Przy odpowiedniej kwalifikacji i nadzorze testu wysiłkowego badanie jest stosunkowo bezpieczne. Na podstawie różnego piśmiennictwa częstość zgonu podczas próby wysiłkowej wynosi: 0,005%- 0,01% (0,5- 1 na 10 tys) a groźne komorowe zaburzenia rytmu 0,002-0,05%. Powikłania podczas próby wysiłkowej mogą wystąpić również u badanych z prawidłowo ustalonymi wskazaniami i bez przeciwwskazań. Dotyczą one układu sercowo – naczyniowego, centralnego układu nerwowego, narządu ruchu oraz innych układów i narządów jednak występują one incydentalnie.

#### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Korzyści wynikające z elektrokardiograficznej próby wysiłkowej są znacznie większe od ryzyka powikłań, jakie mogą wystąpić w czasie tego badania.

#### 7. Alternatywnych metodach leczenia.

#### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

#### 9. Uwagi:

### 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/ą 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 WYRAŻONĄ 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>