

**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ**

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

**CEL BADANIA:** badanie ocenia, czy są podstawy do rozpoznania lub stwierdzenia zaostrzenia choroby wieńcowej.**WSKAZANIA DO BADANIA:** występowanie cech niedokrwienia mięśnia sercowego w czasie wysiłku fizycznego oraz ocena wydolności fizycznej pacjenta.**PRZECIWSKAZANIA DO BADANIA:**

- Tętniak serca lub dużych naczyń, w tym mózgowych,
- Zawał serca świeży lub nawracające bóle w klatce piersiowej w czasie wysiłku i w spoczynku w ciągu ostatnich dwóch tygodni,
- Ciężka wada serca,
- Blok przedsionkowo – komorowy lub lewej odnogi pęczka Hiss'a,
- Ostre infekcje z gorączką w ostatnim miesiącu,
- Choroby mięśni,
- Nadciśnienie tętnicze przed próbą – większe niż 180/100mmHg,
- Zaburzenia rytmy serca powodujące omdlenia lub zapaść,
- Zaawansowane choroby stawów,
- Bóle miazdżycowe kończyn dolnych ograniczające chodzenie,
- Choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność),
- Anemia,
- Zabieg operacyjny przebyty krócej niż przed 2 miesiącami,
- Przebyty udar mózgu z niedowładem kończyn.

**PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO BADANIA:** można spożyć lekki posiłek, zażyć leki poranne. Należy ogolić klatkę piersiową. Proszę o zabranie ubrania na zmianę.**PRZEBIEG BADANIA:** pacjent chodzi po ruchomej, nachylonej bieżni ze wzrastającą szybkością. W trakcie badania wykonywana jest obserwacja zapisu EKG w czasie wysiłku, monitorowanie samopoczucia i zdolności do wykonywania wysiłku.**MOŻLIWE POWIKŁANIA:** zapaść, zawroty głowy, omdlenia, spadek ciśnienia, bóle za mostkiem, zawał, bardzo rzadko nagły zgon.Słupsk, dn. ....  
.....  
..... podpis, pieczęć lekarza udzielającego informacji**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:**

Oświadczam, że zostałam/em wyczerpująco poinformowana/y o celu przeprowadzenia badania, spodziewanych wynikach diagnostycznych, ryzyku wykonania lub zaniechania wykonania badania oraz osobiście przeczytałam/em informacje zawarte w powyższym formularzu. Zapoznałam/em się wykazem możliwych powikłań. Zrozumiałam/em wyjaśnienia lekarza i nie mam więcej pytań.

Słupsk, dn. ....  
.....  
..... podpis pacjenta