Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

A vizsgálat során a szív érrendszerét vizsgáljuk szobakerékpározás alatti sorozatos EKG felvételekkel. A növekvő fizikai terhelés hatására a szív oxigén felvétele fokozódik, beteg koszorúér rendszer esetén ez akadályozott és így az EKG felvételen kóros elváltozások ábrázolódnak.

A vizsgálat menete: a vizsgálatot erre elkülönített helyiségben végezzük, a beteg szobakerékpáron ül, vérnyomását a karra helyezett mandzsettával mérjük. EKG felvételek a mellkas és hát bőrére helyezett szívó elektródák segítségével történnek. A görbét és az eredményeket monitoron folyamatosan észleljük, papíron pedig percenként regisztráljuk. A vizsgálat kezdetekor (bemelegítéskor) a beteg alacsony fordulatszámmal hajtja a kerékpárt, majd az automatika által vezérelve (a személyes adatok alapján előre rögzített program szerint) a terhelés fokozatosan növekszik. A szükséges szívütésszám elérését követően a terhelést és ezzel együtt a kerékpározást megszüntetjük, de az EKG görbét 5 percen keresztül még tovább rögzítjük.

A vizsgálat szövődménye lehet:

1. mellkasi fájdalom (angina pectoris)
2. szívritmuszavar (nagyon ritkán elektromos beavatkozást igénylő is!)
3. Szívizomelhalás (szívizominfarctus)
4. Hirtelen halál

Fenti szövődmények közül a súlyosak rendkívül ritkák több mint tízezer vizsgálatra esik egy súlyos szövődmény. Ezek elhárítására a vizsgálat során a helyiségben a szükséges személyi és tárgyi feltételek rendelkezésre állnak.

A vizsgálat elmaradásának következményei: A koszoruérbetegség (koszoruérszükület) felismerése elmarad és a betegség időben előrehalad, amely súlyosabb állapothoz vezethet, ennek végső stádiuma a szívizomelhalás (szívizominfarctus). Ezt megelőzheti gyakori és erős mellkasi fájdalom valamint szívritmuszavar.

Ha maradt még valamilyen kérdése, tegye fel a beavatkozást végző orvosnak.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

A tájékoztatót megértettem: .....

beteg aláírása
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*

***Amennyiben nem a beteg kapta a tájékoztatást:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
……
……
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Szent Damján Görögkatolikus Kórház
H-4600 Kisvárda, Árpád út 26. Tel.: (+36) 45-502-100, Fax: (+36) 45-415-252

A beavatkozást igénybe vevő beteg neve: .....
Szül. idő: ..... TAJ szám: .....
Alulírott kijelentem és aláírásommal megerősítem, hogy ..... betegség (dg. magyarul) miatt szükségessé váló terheléses EKG vizsgálatba beleegyezek, illetve engedélyezem, hogy a beavatkozást cselekvőképtelen hozzátartozómon elvégezzék.
Kezelőorvosom Dr. ..... a beavatkozás szükségességéről, kivitelezéséről, és esetleges szövődményeiről és következményeiről írásban és szóban részletesen tájékoztatott. Kérdéseimre kielégítő választ kaptam.

Előtte megismertem a túloldalon lévő **B.1.20.** számú **Betegtájékoztatás a terheléses EKG vizsgálatról** című írásos tájékoztatót, melyet **áttanulmányoztam / számomra felolvastak** ***(a nem kívánt részt húzza át).***
A beszélgetés során kérdéseket is tettem fel: .....
.....
..... ***(ha nem volt kérdés áthúzandó).***
A szóbeli és írásos tájékoztatást megértettem, kérdéseimre kielégítő választ kaptam. Ezeket elégségesnek találtam ahhoz, hogy szabadon dönthessek a beavatkozás elfogadásáról vagy elutasításáról. A döntéshez elegendő idő állt rendelkezésemre. Tudomásul veszem, hogy szakszerű eljárás esetén is előfordulhatnak előre kiszámíthatatlan szövődmények, melyek a várható eredményt és gyógyulás időtartamát kedvezőtlenül befolyásolhatják.

Elismerem, hogy beleegyezésem kellő megfontolás után, a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom.

Kisvárda, …… év ..... hó ..... nap

…… ……
Tájékoztatást végző orvos aláírása Beteg aláírása
vagy helyette nyilatkozattételre jogosult személy*

***Amennyiben nem a beteg gyakorolja a beleegyezést:**
Szülő/törvényes képviselő/gondnok/nyilatkozattételre jogosult személy adatai (név, szig. szám, lakcím) és aláírása:
.....
.....
Korlátozottan cselekvőképes beteg esetében a betegnek és a törvényes képviselőnek (szülő vagy gondnok) együttes aláírása szükséges.

Írni, olvasni nem képes beteg esetén:
A beteg előttünk kijelentette, a számára felolvasott tájékoztatóban foglaltakat megértette és a műtétbe beleegyezését adta.
Tanú (név, lakcím, szig.szám): …… Tanú (név, lakcím, szig.szám): ……
…… ……
Aláírás: …… Aláírás: ……