

**DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY**

ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław

Oddział Centrum Medyczne Joannitów

ul. Joannitów 10 - 12, 50-525 Wrocław

SOP-7 /P-17**Wykonanie próby wysiłkowej**

Edycja

3

Obowiązuje od

06.01.2024

Strona 1 z 1

Załącznik nr 1**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ**

Po dokonaniu analizy obrazu klinicznego Pana/Pani schorzenia, konieczne jest wykonanie testu wysiłkowego, polegającego na rejestracji zapisu Ekg i stanu klinicznego w czasie i po obciążeniu kontrolowanym wysiłkiem. Badanie wykonuje się na bieżni, bądź na cykloergometrze, pod nadzorem lekarza według określonego standardami protokołu, po wcześniejszym wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania. Test wysiłkowy jest badaniem pomocniczym w diagnostyce i ustaleniu właściwego leczenia, rzadko niesie za sobą możliwość powikłań zagrażających zdrowiu i życiu pacjenta. Badanie może być przerwane w każdej chwili na życzenie pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Oświadczam, że zostałam/eł poinformowany/na o istocie badania próby wysiłkowej i możliwych powikłań, które zostały wymienione przez lekarza w czasie wizyty. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

W związku z powyższym oświadczam, iż wyrażam*/ nie wyrażam* zgodę/y na wykonanie testu wysiłkowego

*niepotrzebne skreślić

.....

(Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego)