

Část A. Dotazník o údajích /včetně zdravotního stavu/ vyšetřovaného

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Pacient(ka) – jméno a příjmení: | Rodné číslo (číslo pojištění): |
| Datum narození: (není-li rodné číslo) | Kód zdravotní pojišťovny: |
| Adresa trvalého pobytu pacienta(ky): (případně jiná adresa) | |
| Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka): adresa místa trvalého pobytu: | Datum narození: (rodné číslo) |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------|
| Pokud odpovídáte na položenou otázku ano, zakroužkujte ANO a pokuste se nejlépe odpovědět na položenou otázku. Lékař si Vámi sdělené údaje, při osobním rozhovoru, upřesní a doplní. Děkujeme | | |
| Vyskytují se u rodičů, sourozenců a prarodičů nějaká závažná onemocnění /např. srdeční a plicní choroby, nádorová onemocnění atd./ | ANO | Jaké? |
| Neumřel náhle v mladém věku někdo z rodinných příslušníků? (do 35 let) | ANO | Kdo a jaká byla příčina? |
| Vyskytly se u vyšetřovaného vrozené vady? | ANO | Jaké? |
| Vyskytly se u vyšetřovaného některé závažné dětské choroby? | ANO | V kolika letech a jaké? |
| Je či byl vyšetřovaný sledován od narození nějakým specialistou /kardiologem, ortopedem, neurologem atd./ | ANO | V kolika letech a jaký specialista? |
| Byl vyšetřovaný někdy operován? | ANO | V kolika letech a co? |
| Byl někdy vyšetřovaný vážně zraněn? | ANO | V kolika letech a co? |
| Používal či používá vyšetřovaný dlouhodoběji nějaké léky? | ANO | V kolika letech a jaké? |
| Nosí vyšetřovaný brýle? | ANO | Počet dioptrií Případně jiná vada zraku? |
| Byl někdy vyšetřovaný v bezvědomí nebo měl křeče celého těla? | ANO | V kolika letech a jaký průběh? |

Potvrzuji, že jsem nezatajil nic, co souvisí s mým zdravotním stavem.

| | |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| Datum: | Podpis pacienta(ky) nebo zákonného zástupce (rodič, opatrovník) |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|

Část. B Poučení a informovaný souhlas pacienta/klienta (či jeho zákonného zástupce) s provedením zátěžového vyšetření

Vážený kliente, vážená klientko.

K Vašemu vyšetření je vhodné posoudit reakci organismu na fyzickou zátěž.

Název výkonu: Zátěžové vyšetření /na bicyklovém nebo běhátkovém ergometru/

Výkon - vyšetření

Vyšetřením je zatížení na bicyklovém či běhátkovém ergometru, při kterém se sledují fyziologické parametry organismu, kterými jsou krevní tlak, tepová frekvence a v některých případech i ekg křivka či ventilační parametry. Tak lze diagnostikovat funkční zdatnost jedince a případné poruchy oběhového či dýchacího systému.

Povaha výkonu

Při vyšetření se provádí test na bicyklovém či běhátkovém ergometru se stupňovanou zátěží do Vámi subjektivně tolerované maximální zátěže. Prosíme, upozorněte přítomného zdravotníka, pokud se během testu u Vás objeví jakékoli potíže, zejména bolest na hrudi či bolest dolních končetin a výrazná dušnost. Test bude v tomto případě předčasně ukončen. **Během vyšetření dodržujte pokyny přítomného lékaře a zdravotní sestry.**

Před výkonem doporučujeme:

- jíst nejlépe 3 hodiny před výkonem pouze lehčí jídlo, nekouřit nepít kofeinové nápoje
- vzít si sebou seznam všech Vámi užívaných léků (některé léky je třeba před výkonem vysadit),
- mít pro vyšetření vhodnou sportovní obuv (tenisky) a také ručník – po testu je možno se osprchovat,
- před výkonem vynechte nadměrnou fyzickou zátěž,
- výkon nelze provést při Vašem akutním infekčním onemocnění (nachlazení, zvýšená teplota, zažívací potíže) a akutním úrazu, který neumožňuje běh či šlapání na kole.

Po výkonu: budete sledováni po dobu 5 -10 minut zdravotnickým personálem.

Během výkonu: Vždy v případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!!!

Možná rizika a komplikace spojené s výkonem.

- velmi vzácně jsou poruchy srdečního rytmu, nepřiměřená dušnost, u **nemocných pacientů** případně cévní mozkové příhody či infarkt myokardu,
- únava, mdloby a závratě – vznikají obvykle bezprostředně po ukončení testu.

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

| Vzor vyplnění | Zakroužkujte správnou odpověď | ANO | NE |
|---------------|-------------------------------|-----|----|
|---------------|-------------------------------|-----|----|

Souhlas:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Přečetl jsem si všechny informace o výkonu, i případně vznikajících možných rizicích v jeho průběhu, prováděného v Centru sportovní medicíny EUC Klinika Ústí nad Labem. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a dalším poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny. | ANO | NE |

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí, tj. s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením, | ANO | NE |
| - že jsem lékařem nezamlčel(a) žádné, mně známé údaje, o zdravotním stavu (vyplněné v dotazníku o zdravotním stavu), jež by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu moji, či mého dítěte, a ohrozit okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. | ANO | NE |

Zplnomocnění, pokud nemohu být osobně přítomen/přítomna

Jako zákonný zástupce dítěte pověřuji/zplnomocnuji pana/paní:, nar.

k převzetí Posudku o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu výše uvedeného sportovce/klienta a souvisejících protokolů.

| Datum | Hodina | Podpis pacienta(ky) nebo zákonného zástupce (rodič, opatrovník) |
|-------|--------|-----------------------------------------------------------------|
| | | |

| Lékař(ka), který(á) provedl(a) poučení a výkon | Podpis lékaře(ky), který(á) provedl(a) poučení a výkon |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| | |