

### ***Obaviješteni pristanak za cikloergometriju***

**Ime i prezime pacijenta:** \_\_\_\_\_

**Spol:** M Ž **Datum rođenja:** \_\_\_\_\_

**MBO osigurane osobe:**

--	--	--	--	--	--	--

**Mjesto rođenja:** \_\_\_\_\_

**Adresa:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Dijagnoza:** \_\_\_\_\_

**Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika:** \_\_\_\_\_

#### **OPIS POSTUPKA:**

Izvodi se tako da se mjeri EKG u mirovanju, opterećenju i poslije opterećenja. Vaše dijete će dobiti naljepnice na prsa i leđa preko kojih se očitava EKG. Test se obavlja na sobnom biciklu koji pruža promjenjiv otpor okretanju pedala. Sestra će podesiti visinu sjedala na biciklu i pomoći djetetu da se smjesti. Dijete će zatim okretati pedale određenom brzinom. Isprva će se pedale dati okretati bez otpora, no svake 2 minute će se otpor povećavati. U isto vrijeme će liječnik prati promjene EKG-a na ekranu kompjutera, a sestra će djetetu mjeriti krvni tlak. Kad puls Vašeg djeteta dosegne određenu granicu, ili dijete kaže da više ne može, prekinut će se opterećenje, a dijete će još nekoliko minuta okretati pedale bez opterećenja kako bi se procijenilo koliko brzo se njegov EKG i tlak vraćaju na normalu. Liječnik i medicinska sestra će cijelo vrijeme testa biti sa Vama i Vašim djetetom.

**DOBROBIT-RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE:** Ova pretraga pomaže potvrditi da srce Vašeg djeteta normalno odgovara na opterećenje. Pomaže isključiti uzroke nenormalnih otkucaja srca, otkriti poremećaje koje nastaju samo u opterećenju i procijeniti potrebu daljnje obrade.

**RIZICI:** Ova pretraga je skoro u potpunosti sigurna. Malo je vjerojatan poremećaj ritma srca, za liječenje kojeg je uvijek je prisutna sva potrebna oprema.

**ZAMJENSKI POSTUPCI:** Ergometrija na traci, koja se od razlikuje samo u metodi opterećenja djeteta.

*Obaviješten/a sam da se pri izvođenju ovog medicinskog postupka mogu dogoditi poznate i druge rijetke komplikacije poznatog i nepoznatog uzroka. Obaviješten/a sam i pristajem da se uzorak koji se ovim postupkom dobije dalje analizira, šalje na analizu u druge ustanove te se može uništiti prema zakonu.*

**IZJAVLJUJEM DA SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ  
OBAVIJEŠTENOSTI O PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM/TERAPIJSKOM POSTUPKU**

**DAJEM SUGLASNOST**  
*za prihvatanje preporučenog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka*

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/ skrbnika:  
\_\_\_\_\_

Potpis i faksimil liječnika:  
\_\_\_\_\_