

## SOGLASJE PREISKOVANCA ZA OBREMENILNO TESTIRANJE – ERGOSPIROMETRIJO

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

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

### Spoštovani!

Vaš zdravnik vas je napotil na obremenilno testiranje za razjasnitev vaših težav oziroma za oceno vaše telesne pripravljenosti. S testom ocenjujemo delovanje srca in pljuč ter zmogljivost mišic. V primeru, da eden od omenjenih organskih sistemov ne deluje popolno oz. je obolel, bomo to odkrili na testiranju.

Testiranje bomo prilagodili vaši telesni pripravljenosti in zmožnostim. Kadarkoli med testom imate zaradi pojava težav možnost prekiniti test. V primeru patoloških vrednosti spremljanih parametrov bomo test predhodno prekinili mi. Sicer test traja do nastopa vaših težav, pričakovane vrednosti obremenitve ali dokler obremenitev še zmorete.

Kot pri vsakem diagnostičnem postopku so tudi pri obremenilnem testiranju možni zapleti in nepričakovani dogodki. Verjetnost zapletov je majhna in je približno taka kot pri kolesarjenju navkreber, hitri hoji ali teku.

Zapleti, do katerih lahko pride, so: srčna kap, aritmije (neredno bitje srca), izguba zavesti, povišan krvni tlak, možganska kap.

Ves čas testa je prisotno zdravstveno osebje, ki je usposobljeno za reševanje zapletov.

### Prosimo da zaradi hitrejšega in varnejšega poteka obremenilnega testiranja izpolnite spodnji vprašalnik:

1. Ali ste predhodno že preboleli srčno kap? NE DA (Kdaj? \_\_\_\_\_)
2. Ali se zdravite zaradi povišanega krvnega tlaka? NE DA ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)
3. Ali ste že kdaj občutili neredno bitje srca? NE DA
4. Ali imate ugotovljeno sladkorno bolezen? NE DA
5. Ali imate povišane maščobe v krvi? NE DA
6. Ali se zdravite zaradi astme? NE DA
7. Ali imate bolečine v nogah ali hrbtu pri telesni aktivnosti? NE DA
8. Ali imate občutek težke sape? NE DA
9. Ali imate kdaj ob naporu tiščočo bolečino za prsnico? NE DA
10. Ali kadite? NE DA (Koliko let? \_\_\_\_\_ Koliko cigaret/dan? \_\_\_\_\_)

11. Ali ste že preboleli možgansko kap? NE DA (Kdaj? \_\_\_\_\_ )
12. Ali ste noseči? NE DA
13. Kolikokrat tedensko ste telesno aktivni? 0 x 1 x 3 x več kot 3 x
14. Koliko časa traja aktivnost, s katero se ukvarjate? <1/2 ure 1/2ure 1uro >1uro
15. Katera zdravila jemljete (napišite tudi inhalacijsko terapijo, če jo imate)?

---

---

---

---

---

---

---

V primeru, da imate dodatna vprašanja o predvideni preiskavi, se, prosimo, obrnite na osebje našega Oddelka za respiratorno funkcijsko diagnostiko.

Če se strinjate s predvideno preiskavo, ki smo jo opisali v zgornjem besedilu, se, prosimo, podpišite.

Vaš podpis ne pomeni, da s tem prevzimate vso odgovornost za potek preiskave, pač pa pomeni, da ste z njo seznanjeni.

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

**Podpis preiskovanca:** \_\_\_\_\_