



Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice
Klinika za bolesti srca i krvnih žila
prof.dr.sc. Diana Delić-Brkljačić dr.med.
Zavod za aritmije
ZAGREB, Vinogradska cesta 29
tel: 01/3787 111, fax: 01/3787 792

Datum ispisa:

INFORMIRANI PRISTANAK ZA
Informirani pristanak za Spiroergometriju

Ime i prezime pacijenta:	Datum rođenja:	Spol:
Mjesto rođenja:	Adresa stanovanja:	Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju:

Ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika: _____
(za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta):

Obavijest o obradi osobnih podataka

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice Vaše osobne podatke, koji uključuju i podatke o vašem zdravlju, obrađuje i čuva u svrhu pružanja potrebne zdravstvene usluge te kako bi s tim u vezi ispunio sve zakonske obveze koje ima kao pružatelj tih usluga. Određene osobne podatke KBC je zakonski dužan otkriti pojedinim nadležnim tijelima. Vaše osobne podatke KBC arhivira u zakonom propisanim rokovima čuvanja.

Sukladno zakonskim propisima o zaštiti osobnih podataka imate pravo biti obaviješteni kako se Vaši osobni podaci obrađuju, kao i pravo na prijenos, pravo na izmjenu i pravo na ograničenu obradu osobnih podataka. Pravo na brisanje osobnih podataka također možete ostvariti u zakonom dopuštenim okvirima. Više informacija o politici zaštite osobnih podataka možete pronaći na internet stranici www.kbcm.hr/zastitapodataka. Zahtjeve za ostvarenjem ovdje navedenih prava, upite ili prigovore možete podnijeti putem e-maila na adresu službenika za zaštitu podataka: zastita.podataka@kbcm.hr, odnosno putem pošte na adresu Službenik za zaštitu podataka, KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb.

UVOD

Što je spiroergometrija?

Spiroergometrija je dijagnostički postupak koji se koristi za procjenu funkcionalnosti srca i pluća tijekom tjelesnog napora. Test se izvodi tako što pacijent hoda po pokretnoj traci ili vozi cikloergometar, dok se istovremeno mjeri potrošnja kisika, emisija ugljikovog-dioksida i ostale respiratorne i kardiovaskularne funkcije.

Cilj spiroergometrije?

Cilj spiroergometrijskog testiranja je da se procjeni kako srce i pluća reagiraju na tjelesni napor, što može pomoći u dijagnostici različitih kardiovaskularnih i respiratornih bolesti, kao i u procjeni tjelesne spremne pacijenta.

Opis testa

Test se izvodi na specijaliziranoj opremi koja mjeri potrošnju kisika (VO_2), emisiju ugljikovog-dioksida (VCO_2) i ostale parametre, dok pacijent hoda po pokretnoj traci ili vozi cikloergometar. Intenzitet napora se postepeno povećava. Tijekom testa, liječnik i medicinska sestra pažljivo prate vitalne funkcije pacijenta.

KOJE SU DOBROBITI POVEZANE S SPIROERGOMETRIJOM?

- Dijagnostici i praćenju kardiovaskularnih i respiratornih bolesti.
- Procjeni tjelesne spremne.
- Donošenju informiranih odluka o planiranju rehabilitacije ili terapije.

MOGUĆI RIZICI

Iako je spiroergometrija obično sigurna, kao i svaki test koji uključuje fizički napor, postoji manji rizik od:

- Povreda tijekom testiranja (npr. pad sa trake/cikloergometra).
- Povećanje srčanih simptoma kao što su bol u prsima, ubrzan rad srca ili teškoće sa disanjem.
- U rijetkim slučajevima, može doći do ozbiljnih komplikacija kao što su infarkt miokarda ili poremećaj ritma srca.

PRISTANAK PACIJENTA NA TERAPIJSKI/DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK:

Pročitao/la sam obrazac Informiranog pristanka i razumijem navedene informacije za SPIROERGOMETRIJU. Potvrđujem da sam o tome razgovarao/la s liječnikom koji mi je objasnio moje zdravstveno stanje i predložio dijagnostički postupak, te da sam pritom liječniku mogao/la postaviti pitanja u svrhu razjašnjavanja nejasnoća koja sam eventualno imao/la.

Zadovoljan/na sam odgovorom liječnika na sva moja pitanja.

VLASTORUČNIM POTPISOM POTVRĐUJEM I SLIJEDEĆE:

Razumijem da se zakoni koji štite privatnost i povjerljivost medicinskih podataka također primjenjuju kod ovog postupka.

Razumijem da imam pravo uskratiti ili povući svoj pristanak na uporabu ovog postupka u bilo koje vrijeme, bez utjecaja na moje pravo na buduću njegu ili liječenje.

Razumijem da imam pravo uvida u sve dobivene i zabilježene informacije tijekom ovog postupka te da mogu dobiti kopije nalaza.

SUGLASNOST

Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenom na potpunoj obaviještenosti PRIHVATAM gore navedeni preporučeni postupak

Potpis i faksimil liječnika:

Kristijan Đula dr.med.

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika:

specijalist kardiologije
(7841477)

ZAGREB, 19.12.2025. .