

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HD-FR-66 Yayın Tarihi :10.09.2009 Revizyon No:00 Revizyon Tar.: Sayfa No :1/1
	EFOR TESTİ (TREADMİLL) HASTA ONAM FORMU	

Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

Tetkiki İsteyen Hekimin Adı Soyadı:

Tetkik Tarihi:

Gebelik Durumu:

☐ VAR

☐ YOK

Bölümümüze kardiyovasküler stress test tetkikinizin yapılması amacıyla gönderilmiş bulunmaktasınız

Bu tetkikin yapılabilmesi için, kalp hızınızı artırmak amacı ile koşu bandında efor yapmanız istenecektir. Efor testi, bölümümüzde Bruce protokolü kullanılarak yapılmaktadır. Bu protokolda 3'er dakikalık periyotlarla yürüme bandının hızı artmaktadır. Efor testi, yaşınıza göre belirlenen maksimum kalp hızınız (220 – yaş formülü ile hesaplanan) bulunarak yapılmaktadır.. Efor süresince EKG ve kan basıncınız sürekli olarak izlenecektir.

Efor testi esnasında veya sonrasında bazı yan etkiler izlenebilmektedir. Bunlar; baş dönmesi, bulantı, yorgunluk ve baygınlık hissi, baş ağrısı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, kalp ritminde düzensizlik ve nadir olarak kalp krizidir.

Bölümümüzde, meydana gelebilecek bu reaksiyonlara müdahale yetkinliğine sahip doktor ve sağlık personeli bulunmaktadır.

Yukarıda ismi yazılı hasta/hasta yakınına tetkik için uygulanacak olan işlemler, bu işlemlerin nedeni , tetkik süresince ve sonrasında yapılması gerekenler, beklenen riskler ve meydana gelebilecek komplikasyonlar konusunda tarafımdan yeterli ve tatmin edici açıklamalar yapılmıştır. Hasta/hasta yakını tetkike yönelik yeterince aydınlatıldığına dair rızası ile bu formu imzalayarak onaylamıştır.

Doktorun Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih :

- Tıbbi durumumun tanısı için gerekli bu tetkikte yapılacak işlemler hakkında bilgi aldım.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtulması için uygulanabileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.
- Tetkike bağlı olarak meydana gelebilecek komplikasyonlar ve olası riskler konusunda bilgilendirildim.

BU FORMDA TANIMLANAN TETKİKİN UYGULANMASINI KABUL EDİYORUM.

Hastanın adı soyadı:

Hastanın imzası:

Tarih:

Kanuni yeterliliği olmayan hastalar için: (Hastanın velisi/yasal vasisi tarafından doldurulacaktır)

Adı soyadı:

İmza:

Tarih: