

Holter EKG

Dlouhodobé monitorování srdečního rytmu — poučení a informovaný souhlas pacienta

Jméno a příjmení pacienta

Datum narození

Bydliště

Zdravotní pojišťovna (kód)

Zákonný zástupce (je-li relevantní)

Vztah k pacientovi

Účel vyšetření

Holterovo monitorování EKG slouží k zachycení poruch srdečního rytmu (arytmií) a změn na EKG křivce, které se nemusí projevit při krátkém, jednorázovém záznamu EKG v ordinaci. Vyšetření vám bylo doporučeno k objasnění příčiny obtíží, jako jsou bušení srdce, nepravidelný tep, závratě nebo mdloby, případně ke kontrole účinnosti nastavené léčby.

Popis a průběh vyšetření

Na hrudník vám budou nalepeny elektrody propojené s malým přenosným záznamovým zařízením, které nosíte běžně u sebe po dobu 24 hodin, ve zvláštních případech i déle. Po dobu monitorování vykonáváte své obvyklé denní činnosti. Do přiloženého deníku si zaznamenáváte čas a povahu případných obtíží — pomůže to lékaři vyšetření správně vyhodnotit. Přístroj se nesmí namočit ani ponořit do vody.

Předpokládaný přínos

Vyšetření umožní zachytit i přechodné a nepravidelně se vyskytující poruchy srdečního rytmu a porovnat je s časovým výskytem obtíží zaznamenaných v deníku.

Alternativní postupy

Krátkodobý záznam EKG v ordinaci nemusí přechodnou poruchu rytmu zachytit. U vzácně se vyskytujících obtíží lze v odůvodněných případech zvážit déletrvající sledování pomocí implantabilního záznamníku rytmu; o vhodnosti tohoto postupu rozhoduje lékař.

Možná rizika

Vyšetření je nezatěžující a bezpečné. Výjimečně se může v místě přiložení elektrod objevit podráždění kůže nebo alergická reakce na náplast či vodivý gel.

Otázky před vyšetřením

Zakroužkujte prosím správnou odpověď:

Máte alergii na náplasti, leukoplast nebo vodivý gel?

ANO	NE
-----	----

Trpíte kožním onemocněním v oblasti hrudníku?

ANO	NE
-----	----

Prohlášení pacienta

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o povaze, účelu, přínosu, alternativách a možných rizicích vyšetření a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.

ANO**NE**

Na základě poskytnutých informací souhlasím s provedením vyšetření a s nošením záznamového zařízení po stanovenou dobu.

ANO**NE**

Datum

Hodina

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Jméno a příjmení lékaře, který provedl poučení

Podpis lékaře