

Tlakový Holter (ABPM)

24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku — 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

Ambulantní monitorování krevního tlaku (tzv. tlakový Holter, ABPM) slouží k objektivnímu posouzení hodnot krevního tlaku v průběhu běžného dne a noci. Vyšetření vám bylo doporučeno k potvrzení nebo vyloučení vysokého krevního tlaku, k odlišení tzv. syndromu bílého pláště nebo ke zhodnocení účinnosti nasazené léčby.

Popis a průběh vyšetření

Na paži vám bude přiložena manžeta propojená s malým přístrojem, který nosíte u sebe po dobu 24 hodin. Manžeta se v pravidelných intervalech (obvykle po 15–30 minutách přes den a po 30–60 minutách v noci) automaticky nafoukne a změří krevní tlak a tepovou frekvenci. V okamžiku měření je vhodné paži uvolnit a na krátkou chvíli přerušit pohyb. Po dobu vyšetření vykonáváte své obvyklé denní činnosti.

Předpokládaný přínos

Opakovaná měření v běžném prostředí poskytují přesnější obraz o skutečných hodnotách krevního tlaku než jednorázové měření v ordinaci, včetně nočního poklesu tlaku, který má význam pro posouzení kardiovaskulárního rizika.

Alternativní postupy

Jednorázové měření v ordinaci nebo domácí měření tonometrem nezachytí noční hodnoty krevního tlaku a je náchylnější k ovlivnění tzv. syndromem bílého pláště.

Možná rizika

Vyšetření je bezpečné. Opakované nafukování manžety může být během dne i noci nepříjemné a přechodně narušit spánek. Výjimečně se může v místě manžety objevit drobná podlitina nebo otlak.

Otázky před vyšetřením

Zakroužkujte prosím správnou odpověď:

Trpíte poruchou krevní srážlivosti nebo užíváte léky na ředění krve?

ANO

NE

Máte na paži, na kterou má být manžeta přiložena, kožní onemocnění, ránu nebo otok?

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 měřicího zařízení po stanovenou dobu.

ANO**NE**

Datum

Hodina

Podpis pacienta (zákonného zástupce)

Jméno a příjmení lékaře, který provedl poučení

Podpis lékaře