

**Информированное добровольное согласие на проведение пробы  
с физической нагрузкой (тредмил-теста)**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

даю добровольное информированное согласие на проведение пробы с физической нагрузкой (тредмил-теста) в ООО «Медикал Клуб Консилиум».

Медицинский работник \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. Медицинского работника)

в доступной для меня форме объяснил, что необходимо провести пробу с физической нагрузкой для оценки функциональной способности сердечно-сосудистой системы. Полученная при этой пробе информация будет важна для диагностики и успешного лечения в дальнейшем. Во время пробы будет оцениваться переносимость нагрузки до появления усталости, либо одышки, либо дискомфорта в груди, а также других симптомов и изменений на электрокардиограмме, которые послужат причиной прекращения теста.

Во время теста будет постоянно регистрироваться и мониториться электрокардиограмма, частота пульса и артериальное давление в целях предосторожности и безопасности. Риск нагрузочной пробы минимален, однако могут появиться одышка, усталость, нарушения ритма сердца, развитие болевого приступа, и очень редко (менее чем в 1 случае на 10000 исследований) возможен летальный исход. Медицинский персонал будет постоянно присутствовать во время пробы и окажет вовремя необходимую помощь, а в случае появления каких-либо осложнений я (либо соответственно представляемый) буду госпитализирован для лечения в отделение интенсивной терапии.

Я обязуюсь информировать врача о проводимом лечении, интересующих его данных о моем заболевании, появления каких-либо жалоб во время проведения нагрузочного теста. Обязуюсь в точности выполнять требования врача, проводящего тест.

Мне предоставлено время для принятия решения, я имел (имела) возможность задать интересующие меня вопросы, касающиеся заболевания и лечения, и получил (получила) на них исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения нагрузочного теста или потребовать его прекращения.

Я ознакомлен(а) с содержанием информированного добровольного согласия, полностью ориентирован(а) в возможностях теста и убежден(а) в необходимости проведения вышеуказанного исследования.

У меня нет вопросов к врачу, касающихся о необходимости проведения мне пробы с физической нагрузкой — тредмил-теста, и я даю свое согласие:

Подпись пациента/ \_\_\_\_\_ (подпись)

Расписался в моем присутствии: Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_