

Ergometrické/spiroergometrické vyšetření

I. interní kardio-angiologická klinika FN Hradec Králové

Jméno: Příjmení: r.č.: poj.

Adresa a kontakt na pacienta (**mobilní telefon**, e-mail):

Indikace: hmotnost (kg)

Medikace včetně dávkování:

Prosíme, zaškrtněte: <input checked="" type="checkbox"/>	ERGOMETRIE	SPIROERGOMETRIE		
Pacient schopen dynamické zátěže (nepřítomna těžká dušnost, muskuloskeletální omezení.....)		A	N	<input checked="" type="checkbox"/>
Pacient instruován o vysazení bradykardizující medikace 48h. před vyšetřením (indikace-dg. ICHS)		A	N	N/A <input checked="" type="checkbox"/>
Astma bronchiale, pokročilá CHOPN		A	N	<input checked="" type="checkbox"/>
Glaukom		A	N	<input checked="" type="checkbox"/>

Prosíme přiložte kopii poslední ambulantní/propouštěcí zprávy/echokardiografie/koronarografie, pokud jsou k dispozici.

Jméno indikujícího lékaře

Datum:

Podpis:

Žádanku spolu s ostatní dokumentací zašlete na adresu: Recepce - Oddělení neinvazivní kardio-angiologie, I. interní kardio-angiologická klinika, Fakultní nemocnice, Sokolská 581, Hradec Králové 500 05, nebo e-mail: zatez@fnhk.cz