

佛教慈濟醫療財團法人 大林慈濟醫院 斗六慈濟醫院
運動心肺功能測試說明暨同意書

病歷號：_____ 姓名：_____ 床號：_____

有關您即將接受醫療處置的效益、檢查的方式、內容、風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料。最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您對這個檢查仍有疑問，請您再與您的醫師充份討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。

一、擬實施之檢查/治療

(一) 檢查名稱：運動心肺功能測試

(Cardiopulmonary exercise testing)

(二) 執行步驟與過程：(簡述)

1. 適應症：各類心肺疾病患者、欲了解個人運動心肺功能或從事激烈運動之安全性的民眾。

2. 檢查前準備：

(1). 檢查前注意事項：

a. 有無過去重要病史： 重大疾病 心肺臟疾病 其他疾病：請註明 _____

b. 檢查前 1 至 2 小時內盡量禁食、不抽煙，且於檢查前 12 小時內不做劇烈運動。

3. 檢查的作法：

運動心肺功能檢查是以騎固定式腳踏車的方式進行，在運動測試中藉由對受試者吸氣及吐氣時的氣體分析，可測得受試者運動過程中的氧氣消耗量(即所謂的“攝氧量”)，用以評估體能與心肺耐力。

對於特定心血管病變及肺部疾病患者，運動測試除了用來評估患者體能狀況，並可推測患者對各種身體活動的耐受程度與安全性。

受測者將全程接受心電圖及血壓的監測，紀錄運動過程中的生理反應，即早偵測並避免因運動所產生身體不適反應。

運動測試過程中將慢慢增加運動強度，受試者在運動過程中若有出現任何胸悶、呼吸困難、腳酸疲乏或其他不適而無法繼續測試時，則隨時終止測試。

醫師參考運動測試的結果，針對個別患者給予適合的運動處方，進行運動訓練，以期增加身體活動能力，增進體適能並達到健康促進的目的。

(三) 醫療處置效益：(經由醫療處置，您可能獲得以下所列的效益，但醫師並不能保證您一定會獲得任何一項；且醫療處置效益與風險性之間的取捨，應由您選擇及決定。)

運動心肺功能檢查可以幫助評估患者的心肺功能及患者從事運動或特定身體活動的安全性，可藉此測驗結果設計個人專屬的運動計畫，為設定個人運動計畫或心肺復健之重要參考，並經由定期追蹤可以客觀評估治療成效。



(四) 合併症發生的機率與嚴重度：

有極少數患者可能發生以下副作用及併發症：

1. 危險性不整脈(約萬分之五)2. 急性心肌梗塞(約萬分之五)3. 死亡率低於十萬分之五。

(五) 替代方案：(這個醫療處置的替代方案如下，如果您決定不施行這個醫療處置，可能會有危險，請與醫師討論您的決定。)

(1). 目前並無這檢查的代替方案，如果您決定不施行這檢查，請與醫師討論您的決定。

(2). 不實施此檢查可能的後果：無法獲知您目前運動心肺之現況，無法進一步提供您詳細的運動處方或心肺復健之建議。

(六) 醫師補充說明/病人提出之疑問及解釋：(如無，請填寫無)

二、醫師之聲明

1. 我已經儘量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查/治療之相關資訊，特別是下列事項：

(1). 需實施檢查/治療之原因、步驟與範圍、檢查/治療之風險。

(2). 檢查/治療併發症及可能處置方式。

(3). 不實施檢查可能影響其後續治療計畫。

(4). 如另有檢查相關說明資訊，我已交付病人。

主治醫師簽名：_____

西元：_____年_____月_____日_____時間：_____時_____分

三、病人之聲明

1. 醫師已向我解釋，我已瞭解有關這個檢查的說明資訊，並且我已經瞭解施行這個檢查/治療的必要性、步驟、風險之相關資訊。

2. 針對我的情況、檢查進行等，我能夠向醫師提出問題和疑慮，並已獲得說明。

3. 基於上述聲明

我同意進行 做此項檢查。 我不同意進行 做此項檢查。

本人(或家屬) _____ 已經與醫師討論過接受這個醫療處置的效益、風險，本人對醫師的說明都已充分了解，並且保有此資料副本一份。

病人(或家屬)：_____ (簽章) 與病人之關係：_____

電話或手機：_____

西元：_____年_____月_____日_____時間：_____時_____分

立同意書人非病人本人者，「與病人之關係欄」應予填載與病人之關係。