



ODDELEK ZA FIZIOTERAPIJO (FTH)

## METAHOLINSKI TEST

(Navodilo pacientom)

Spoštovani!

V sklopu pulmološke diagnostike vas je dr. \_\_\_\_\_ naročil na preiskavo metaholinski test. Prosim, da preberete sledeče informacije in navodila za preiskavo ter izpolnite privolitveni obrazec.

### KAJ JE METAHOLINSKI TEST?

**Metaholinski test** je preiskava pri kateri testiramo preodzivnost dihalnih poti. Z njim poskušamo potrditi oz. zavreči diagnozo astme, KOPB (kronične obstruktivne pljučne bolezni) in drugih bolezni, ki povzročajo težko sapo.

### Potek testa

Pri testu najprej naredimo spirometrijo. Nato začnete inhalirati raztopino metaholina razpršeno v meglico. Računalnik točno vodi doziranje in število ponovitev inhaliranja metaholina. Vsakemu inhaliranju sledi kontrolna spirometrija. Po določenem številu ponovitev se test zaključi, po potrebi dobite zdravilo, ki normalizira stanje dihalnih poti.

### Možni zapleti

Pri veliki večini bolnikov zapletov ni, nekateri celo ob pozitivnem testu ne občutijo ničesar. Včasih pa se lahko pojavi težka sapa, kašelj, piskanje ali občutek stiskanja v prsih. V tem primeru ali, če bi vrednost spirometrije med testom padla pod določeno stopnjo, test takoj prekinemo in inhaliramo zdravilo, ki stanje v nekaj minutah stabilizira. Test se povsod po svetu izvaja v zgoraj opisani namen. Najhujši opisan zaplet pri metaholinskem testu, je sprožitev astmatičnega napada. V tem primeru vam pomaga usposobljeno osebje.

### PRIVOLITVENI OBRAZEC

Zaradi varne izvedbe testa, pravilnosti rezultatov in omenjenih možnih zapletov vas prosimo, da izpolnite sledeči privolitveni list oz. vprašalnik.

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Prosim, vpišite zdravila, ki ste jih v zadnjih dneh vzeli za zdravljenje astme, alergije in srca in ure, ki so pretekle od zadnje doze do zdaj.

ZDRAVILA

ČAS V URAH od zadnje doze

---

---

---

---

---

---

1. Ali ste kadilec?      DA      NE

2. Ali imate visok krvni pritisk? Zapišite koliko \_\_\_\_\_.

OBRNI STRAN!

3. Ali ste v zadnjih šestih tednih preboleli okužbo dihal, prehlad, bronhitis, angino, pljučnico...? DA NE

4. Ali ste noseči, ali dojite? DA NE

5. Imate oz. ste v zadnjih treh mesecih preboleli kakšno bolezen ali imeli operativni poseg, ki bi lahko vplival na potek testiranja (operativni poseg, možganska kap, srčni infarkt, arterijska anevrizma, revmatične bolezni, krvne bolezni...)

DA NE

6. Imate kakršenkoli zadržek oz. vprašanje pred testom, s katerim bi moral biti zdravnik seznanjen?

**S podpisom potrjujem, da sem seznanjen s potekom preiskave ter možnimi zapleti oz. tveganji in na njeno izvedbo tudi pristajam.**

Podpis pacienta oz. staršev ali zakonitega zastopnika:	Datum:	Ura:

#### **NAVODILA ZA PREISKAVO METAHOLINSKI TEST**

24 ur pred preiskavo **NE inhalirajte** zdravil v pršilih (»pumpicah«) npr. Flixotide, Berodual, Serevent, Foster,....

Prosimo vas, da nas pred testom kontaktirate na 05 330 1006 (služba za naročanje) ali 040 553 558 (izvajalci testiranja) vsak delavnik med 8h in 15h, v primeru:

- da je manj kot 6 tednov od kar ste prejeli antibiotik;
- da je manj kot 6 tednov od kar ste preboleli okužbo dihal (prehlad, bronhitis, angino, pljučnico,...)
- da ste noseči ali doječi;
- da imate visok krvni tlak;
- da ste v zadnjih treh mesecih preboleli kakšno bolezen ali imeli operativni poseg, ki bi lahko vplivala na potek testiranja (možganska kap, srčni infarkt, arterijska anevrizma, revmatične bolezni, krvne bolezni...)
- da imate kakšen drug zadržek oz. vprašanje v zvezi z metaholinskim testom.

**Na preiskavo pridite v pritličje nove stavbe, hodnik A, ambulanta številka 12.**

**Prijava na vrstomatu je mogoča 15 min pred pregledom.**

**S seboj prinesite izpolnjen in podpisan privolitveni obrazec!**