



Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM BRONCHOPROVOKAČNÍ TEST (ZKOUŠKA ODPOVĚDI PRŮDUŠEK NA LÁTKU VYVOLÁVAJÍCÍ JEJICH ZTAŽENÍ)

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- Podezření na zvýšenou reaktivitu průdušek.

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

- Účelem testu je určit přítomnost a stupeň dráždivosti dýchacích cest vyšetřovaného. Budete požádán/a, abyste opakovaně inhaloval/a aerosol s roztokem metacholinu ve stoupajících dávkách (vzduchu, v kterém jsou rozptýleny drobné částičky látky, která vyvolává stažení průdušek). Aerosol je vytvářen zařízením zvaným nebulizátor a je inhalován (vdechován) přes náustek nebo masku.
- Před začátkem testu, po jednotlivých inhalacích a na konci testu Vám bude provedena spirometrie, což je vyšetření, při kterém provedete hluboký nádech a výdech náustkem do měřicího přístroje. Celý test trvá asi jednu hodinu.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Inhalace účinné látky může vyvolat zejména zkrácení dechu, kašel, pocity tíhy nebo bolesti hrudi, bolest hlavy, zastření hlasu a podobné potíže. Pokud se příznaky objeví, obvykle trvají několik minut a vymizí po inhalaci léku, který rozšiřuje průdušky.
- Pravděpodobnost vážnějšího zúžení dýchacích cest je velice malá, pokud však tato situace nastane, nebo pokud se objeví shora uvedené potíže, okamžitě informujte přítomného lékaře nebo sestru!

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní řešení.
- Při neprovedení testu nemůže být určena přesná diagnóza a v důsledku toho nemůže být ani stanovena odpovídající léčba.

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

- Nedojde-li k výše uvedeným komplikacím, nejsou předpokládána žádná omezení obvyklého způsobu života, pracovní schopnosti ani se neočekává změna zdravotního stavu.

Předpokládaná doba hospitalizace: test nevyžaduje hospitalizaci.

6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

- Test nevyžaduje změnu dosavadního léčebného režimu.
- Po výkonu se dostavte na kontrolní vyšetření k lékaři, který Vás na test odeslal, kterému budou sděleny výsledky testu a který stanoví další vyšetřovací a léčebný postup.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....

Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....

Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....

Jméno a příjmení svědka

.....

Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.