



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 ZÁSTUPČE S VÝKONEM **RIGIDNÍ BRONCHOSKOPIE (PROHLÉDNUTÍ PRŮDUŠEK POMOCÍ NEOHEBNÉHO KOVOVÉHO PŘÍSTROJE)**

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

- Onemocnění průdušek a plic.

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

- Účelem výkonu je prohlédnout průdušnici a průdušky s cílem potvrdit či vyloučit jejich onemocnění. Výkon se provádí v celkové anestézii (uspání), kterou vede anesteziolog.
- Do dýchacích cest se ústy zavede rigidní bronchoskop (kovová trubice s optickým systémem), do kterého se potom zasunuje flexibilní bronchoskop (ohebná trubice s optickým systémem). Při vyšetření lékař prohlédne Vaše průdušky a odebere potřebné vzorky tkáně nebo hlenu pomocí sání, kartáčku, vpichu tenkou jehlou za kontroly zrakem nebo pod kontrolou ultrazvukem nebo odebere malou část tkáně z průdušek nebo plic malými klíšťkami a materiál odešle k dalšímu vyšetření. Způsob odběru materiálu zvolí vyšetřující lékař ze shora uvedených metod dle místního nálezu.
- Vyšetření obvykle probíhá bez komplikací. Někdy po něm pacient kašle, má bolesti v krku nebo vykašlává menší množství krve. Obtíže vymizí obvykle do dvou hodin po výkonu.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- krvácení do dýchacích cest, do pohrudniční dutiny, do mediastina (prostoru mezi oběma plícemi);
- zánětlivé onemocnění nitrohrudních orgánů;
- laryngospasmus (stažení hrtanu) nebo bronchospasmus (stažení průdušek), obvykle spontánně ustupující, krátkodobé (trvající několik minut), nebo déle trvající, které je dobře ovlivnitelné léčbou;
- dechová nedostatečnost vyžadující umělou plicní ventilaci (dýchání pomocí dýchacího přístroje);
- srdeční komplikace (poruchy srdečního rytmu, krevního tlaku, prokrvení srdečního svalu);
- mozkové cévní příhody (projevující se například poruchou vědomí, řeči nebo poruchou hybnosti končetin);
- plicní embolie (vmetek krevní sraženiny do plic);
- vylomení nebo poškození zubu nebo fixní zubní protézy.

Tyto závažné komplikace jsou velmi vzácné.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Nejsou žádná alternativní řešení.
- Pokud by se toto vyšetření neprovedlo, lékaři by nemohli určit přesnou diagnózu a v důsledku toho by ani nemohli zahájit odpovídající léčbu.

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:

- Nepředpokládáme déle trvající omezení obvyklého způsobu života ani změnu zdravotního stavu důsledkem výkonu.

Předpokládaná doba hospitalizace: výkon samotný obvykle nevyžaduje hospitalizaci.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 den.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: 2 hodiny po výkonu nesmíte jíst a pít. V den výkonu se vyvarujte větší fyzické námahy, např. nevykonávejte fyzickou práci, neběhejte. Po dobu 24 hodin po výkonu vzhledem ke snížené pozornosti po aplikaci zklidňujících léků nesmíte řídit motorová vozidla. Stejnou dobu může trvat hlasová indispozice (chraptot, zastřený hlas). Při obtížích včas vyhledejte lékaře a informujte ho o prodělané bronchoskopii nebo se dostavte na naše pracoviště.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nepředpokládáme změnu zdravotní způsobilosti v důsledku výkonu.

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

- Výkon nevyžaduje změnu dosavadního léčebného režimu. Po výkonu se dostavte na kontrolní vyšetření k lékaři, který Vás na bronchoskopii odeslal, kterému budou sděleny výsledky provedených odběrů materiálů 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. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

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 jím 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, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), 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 lékaři 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 přiměřeně jeho rozumově a volně vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.