

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s bronchokonstrikčním testem (BKT)

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Vážená pacientko, paciente,

velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohl(a) svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek bronchokonstrikční test podstoupíte.

Název výkonu

Bronchokonstrikční test (BKT)
(vyšetření zjišťující reaktivitu průdušek)

Účel výkonu

Astma bronchiale je chronické zánětlivé onemocnění, které se projevuje záchvatovitou dušností. Tato dušnost je na podkladě zúžení průduškového stromu, ke kterému dochází při podráždění průdušek vdechnutím alergenu. U zdravých lidí k tomuto zúžení nedochází. Toto vyšetření by mělo prokázat, zda Vaše průdušky jsou nadány touto schopností reagovat na různé podněty zúžením a Vámi tedy vnímanou dušností. Vyšetření provádíme ambulantně i při hospitalizaci.

Povaha výkonu

Před výkonem je nezbytné!

- 6 týdnů před vyšetřením nesmí u vyšetřovaného pacienty proběhnout infekce dýchacích cest,
- nesmí být projevy srdeční nedostatečnosti,
- 7 dnů před výkonem vysadit antihistaminika (Zyrtec, Claritine, Zodac, Flonidan, Xyzal, Alerius atd.),
- 48 hodin před vyšetřením vysadit theophyllinové preparáty (Euphyllin, Afonillium, Spophyllin).

Vlastní výkon:

Pacient inhaluje vyšetřovací látku – metacholin.

Nejdříve se vyšetří dechové funkce (spirometrie) v klidovém stavu, tj. z klidného dýchání přes náustek je pacient vyzván k hlubokému výdechu, následně k usilovnému nádechu a prudkému výdechu. Pokud jsou dechové funkce v normě, pokračuje se ve vyšetřování, které spočívá v inhalaci metacholinu ve stoupající koncentraci nebo dávce. Po každé inhalaci se opět sledují dechové funkce (spirometrie), sledují se Vaše subjektivní pocity a objektivní nález. Vyšetření se předčasně ukončí v případě poklesu dechových funkcí – tj. při nálezu zvýšené dráždivosti průdušek = pozitivní nález. Pacient má však možnost požádat o ukončení vyšetřování kdykoliv v průběhu vyšetření.

Po výkonu:

Po ukončení vyšetření je pacient sledován na ambulanci po dobu 1 hodiny, potom může odejít.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění nadměrné reaktivity průdušek. Tato zvýšená reaktivita se vyskytuje především u pacientů s průduškovým astmatem anebo u pacientů po zánětech v dýchacích cestách. Pozitivní nález je indikací k zahájení protizánětlivé léčby.

Alternativa výkonu

Není odpovídající alternativa tohoto výkonu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- kašel, chraptot, suchost sliznice v ústech.

Následky výkonu

Až na přechodné potíže uvedené výše nejsou známy žádné následky tohoto výkonu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta / nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem:

Datum	Podpis pacienta	Datum	Podpis pacienta