

## Bronchoskopie v místním znecitlivění

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

### Důvod výkonu

Bronchoskopie se provádí při podezření na závažné onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, případně k uvolnění cest dýchacích.

### Režim pacienta před výkonem

Vyšetření se provádí nalačno (4h před výkonem nejíst, nepít, nekouřit). K výkonu se dostavte bez přívěšků, náušnic a náhrdelníků. Informujte lékaře, zda netrpíte zvýšenou krvácivostí, alergií na léky, cukrovkou, astmatem nebo jiným vážnějším onemocněním. Pokud máte snímatelnou zubní protézu, vyjměte ji před výkonem.

Před zákrokem je u ambulantních pacientů natočeno EKG, změřen krevní tlak a zajištěn periferní žilní vstup. Bezprostředně před samotným vyšetřením se provádí slizniční anestézie dutiny ústní a hrtanu pomocí aplikace lokálních anestetik - na našem pracovišti nejčastěji Lidocain sprejem a následně vykapáváním 0,5% roztokem Tetracainu. Anestézie se dokončuje v průběhu samotného vyšetření aplikací roztoku do průdušnice a obou hlavních bronchů pracovním kanálem bronchoskopu. Pokud jste na Tetracain nebo na jiná lokální anestetika alergický(-á), sdělte to, prosím, předem personálu.

### Popis výkonu

Moderní bronchoskopy mají tvar tenké ohebné hadičky, zavádí se nejčastěji ústy přes speciální náustek. Při samotném vyšetření lékař prohlíží viditelnou část dýchacích cest a pomocí specializovaných nástrojů zaváděných pracovním kanálem bronchoskopu (klíšinky, kartáčky apod.) odebírá vzorky tkání či sekretů k dalším vyšetřením. K lézím umístěným v periferní části plic je mimo dosah přístroje lze proniknout nástrojem zavedeným mimo dosah optiky pod rentgenovou kontrolou, tzv. transbronchiální biopsie. Bronchoskopie je rovněž metodou terapeutickou, k dispozici je celá řada metod ošetření patologie v oblasti dýchacích cest, nejčastěji stavění krvácení, odsátí hlenů/hlenových zátek, odstranění cizího tělesa atd. Během zákroku bude monitorován Váš srdeční rytmus, krevní tlak a saturace krve kyslíkem

### Režim pacienta po výkonu

Pro zhoršené polykání způsobené znecitlivěním je nutné zůstat 2 hodiny po výkonu nalačno, aby nedošlo k vdechnutí potravy. V případě ambulantního vyšetření je doporučen doprovod domů druhou osobou. Při přetrvávání sníženého obsahu kyslíku v krvi je pokračováno v podávání kyslíku, při vykašlávání krve je možné podat hemostyptika nebo lokálně chladit hrudník. Vyšetření může v některých případech vést ke změně postupu (hospitalizace, prodloužení hospitalizace, řešení komplikací uvedených výše atd.)

### Možné komplikace

Výkon může být doprovázen přechodnou dušností nebo vykašláváním malého množství krve, po výkonu se může objevit přechodná bolest v krku nebo chraptot, který obvykle odezní do 1 hodiny a je vyvolán léky podanými v úvodu vyšetření k znecitlivění vstupu do hrtanu. Přechodně může dojít i k zvýšení teploty po dobu několika hodin, vzácně může po odběru vzorku dojít k průniku vzduchu do pohrudniční dutiny (tzv. pneumothorax), který je potom odsán

## Bronchoskopie v místním znecitlivění

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

tenkou hadičkou přes hrudní stěnu. Ve velmi výjimečných případech je nutno ošetřit krvácení nebo pneumothorax operačně hrudním chirurgem.

### Alternativy zdravotního výkonu

Bronchoskopie nemá žádnou relevantní alternativu. CT, PET/CT ani virtuální CT bronchoskopie nedokáží přesně rozlišit jednotlivé endobronchiální nálezy, rovněž nelze odebrat vzorky tkáně/bronchiálního sekretu k dalším vyšetřením nebo provést případný terapeutický zákrok. Není-li bronchoskopie výtěžná, je u pacienta obvykle indikován odběr tkáně punkční jehlou přes hrudní stěnu pod CT kontrolou (transthorakální biopsie), případně operační zákrok v celkové anestézii (chirurgická biopsie).

### Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi byl lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) tím, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

**Bronchoskopie v místním znecitlivění**

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

-----  
podpis pacienta / zákonného zástupce

-----  
podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

---

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

---

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

-----  
podpis svědka (svědků)

*POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!*