

Bronchokonstrikční test

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

C.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**

Vážený a milý paciente,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován lékařský výkon: bronchokonstrikční test. K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Důvod výkonu

Důvodem bronchokonstrikčního testu je určit přítomnost a stupeň dráždivosti dýchacích cest u vyšetřovaného.

Příprava

Před vyšetřením (4-6 hodin) nekuřte a nekonzumujte těžce stravitelná jídla.

Podstata, účel a povaha zdravotního výkonu

Budete požádáni, abyste inhalovali určité množství aerosolu o definované koncentraci. Aerosol je produkován speciálním zařízením a je inhalován přes náustek. Před začátkem testu, po jednotlivých inhalacích a na konci testu budete vyzváni, abyste provedli usilovný dechový manévr (spirometrii). Test trvá obvykle 1/2 hodiny. Kontraindikací zákroku je nedávno proběhlý infarkt srdečního svalu a některá srdeční onemocnění, vyšetření se dále neprovádí u pacientů s akutními záněty cest dýchacích.

Typ navrhovaného vyšetření / léčby

Bronchokonstrikční test je především metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může následovat další došetření a léčba, která spadá do kompetence indikujícího lékaře.

Výhody a možné komplikace

Výhodou této jednoduché metody je možnost objektivního posouzení přítomnosti a stupně dráždivosti dýchacích cest.

Inhalace aerosolu může vyvolat zkrácení dechu, kašel, tíhu na hrudi, pískoty, bolest na hrudi, bolest hlavy nebo zastření hlasu. Pokud se příznaky objeví, obvykle trvají několik minut a vymizí po inhalaci úlevového léku.

Pravděpodobnost vážnějšího zúžení dýchacích cest je velice malá, pokud tato situace nastane, budete ihned léčeni.

Režim pacienta po provedení výkonu

V den vyšetření se vyvarujte zvýšené námahy, sportovní činnosti, nekuřte, nepijte alkoholické nápoje. V den vyšetření můžete jíst i pít, užívané léky užíjte podle doporučení lékaře.

Bronchokonstrikční test

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

Alternativy zdravotního výkonu

Bronchokonstrikční test nemá v dané indikaci žádnou srovnatelnou alternativu.

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Vyšetření je běžně prováděno ambulantně a není spojeno s žádným omezením v pracovní či zdravotní způsobilosti.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo 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) o tom, 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**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Bronchokonstrikční test

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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)