

Bronchoskopie v analgosedaci nebo celkové anestezii

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 - bronchoskopie v celkovém znecitlivění. K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl(a) rozhodnout, informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

Důvodem bronchoskopie je podezření na závažné onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, případně léčba těchto nemocí.

Režim pacienta před výkonem:

Poučený, psychicky připravený, pacient musí být nalačno/ aspoň 4 hodiny nejíst, nepít a nekouřit/. Pokud pacient trpí zvýšenou hlenoprodukcí, měl by odkašlat.

Před výkonem odebrat anamnézu a event provést klinické vyšetření.

Je potřeba mít provedeno EKG, v indikovaných případech plicní funkce, hodnoty krevních plynů, počet trombocytů, krevní obraz a krevní srážlivost.

Před výkonem je možné podat i sedativní léky, které významně netlumí respirační centrum.

Dále se provádí slizniční anestezie dutiny ústní, laryngu, průdušnice a velkých bronchů. Tento postup lze provést inhalačně a kapáním na sliznici pomocí laryngeální stříkačky. U dráždivých pacientů nebo výrazně anxiózních možno před vyšetřením podat opiový preparát.

Popis výkonu:

Bronchoskopie je zákrok, který umožňuje optickým přístrojem prohlédnout Vaše dolní dýchací cesty. Provádí se ohebným přístrojem ve tvaru hadičky - bronchoskopem. Přístroj se zavádí ústy nebo nosem. Před zákrokem Vás anesteziolog pomocí nitrožilní injekce uvede do spánku a bude Vám podávat kyslík přes nosní brýle. Během výkonu Vám bude kontrolovat srdeční činnost a okysličení krve. Zákrok je nebolestivý, trvá různou dobu podle složitosti jednotlivých úkonů. Během zákroku budou odebrány odběry tkáně nebo hlenu, které budou vyšetřeny v laboratoři.

Může být provedena léčba průdušek,

kteřé jsou zúžené, uzavřené nebo krvácejí. K tomu může být použito, elektrokoagulace, nebo jiných nutných postupů podle aktuální potřeby.

Bronchoskopie je především metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může navazovat bezprostřední nebo odložený plánovaný zákrok léčebný.

Možné komplikace:

Při flexibilní bronchoskopii nejsou časté a většinou jsou řešitelné bez větších problémů:

- srdeční arytmie bývají přechodné a nezávažné
- závažné kardiovaskulární poruchy je nutno řešit kardiopulmonální resuscitací
- krvácení vzniká zpravidla při biopsiích a řeší se lokálním a celkovým podáváním hemostyptik

Bronchoskopie v analgosedaci nebo celkové anestezii

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

- hypoxemii během výkonu lze ovlivnit aplikací oxygenoterapie
- Laryngospasmus indukovaný výkonem vyžaduje aplikací kortikoidů
- Bronchospasmus lze ovlivnit podáním bronchodilatantií
- případný pneumotorax vyžaduje pleurální drenáž
- poranění sliznice nebo stěny dýchacích cest

Alternativy výkonu:

Bronchoskopie je vysoce specializované vyšetření a jako takové nemá žádnou relevantní (srovnatelnou) alternativu. Jedinou možnou náhradou je plicní biopsie pod CT, pro patologický nález umístěný pod povrchem plic - pohrudnicí, event. chirurgická operace v celkové anestezii.

Režim pacienta po výkonu:

Po výkonu budete v polospánku přivezen na pokoj, kde budete dále přibližně 2-3 hodiny sledován. Vzhledem k obtížnému polykání nesmíte 2 hodiny jíst a pít, aby nedošlo k vdechnutí potravy. Jeden den můžete pozorovat svalovou slabost a ospalost. Po výkonu je třeba jeden den dodržovat klidový režim se zákazem vykonávání činností vyžadujících zvýšenou pozornost. Pokud budete v den výkonu propuštěni domů, tak je nutné si předem zajistit odvoz domů včetně spolehlivého doprovodu. Všechny jiné komplikace hlase lékaři.

Udaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních:

Ve vybraných případech si může bronchoskopie vyžádat změny léčebného režimu a preventivních opatření (několikadenní hospitalizace, opakované vyšetření a další). Případné komplikace bronchoskopie jsou řešeny opakovaným vyšetřením, ale mohou si vyžádat i chirurgickou (operační) léčbu.

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.

Bronchoskopie v analgosedaci nebo celkové anestezii

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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

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)