# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

**FLEXIBILNÍ (OHEBNÁ) BRONCHOSKOPIE**

Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu:

1. Diagnostický účel: vyšetření vzhledu sliznice, posouzení vzhledu a anatomických abnormalit (odchylek) dýchacích cest, odběr materiálu na další speciální vyšetření (mikroskopie, imunologie, kultivační vyšetření a jiné).
2. Terapeutický (léčebný) účel: zprůchodnění dýchacích cest, odstranění cizího tělesa, odsátí sekretu (hlenu), odstranění hlenové nebo krevní zátky, proplach průdušky a jiné.

Rizika: přechodná zvýšená dráždivost ke kašli, vykašlávání hlenu s malou příměsí krve, přechodné zvýšení teploty po bronchoalveolární laváži (proplach průdušky), sekundární (druhotná) infekce

Při vyšetření nespolupracujících dětí mohou být rizika spojená s celkovou anestezií (viz informovaný souhlas s anestezií).

Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

**Provedení rigidní (neohebné) bronchoskopie**

Výhoda: větší pracovní kanál, lepší možnost odstranění cizích těles z horních, částečně i dolních dýchacích cest, možnost ventilace při zákroku na dýchacích cestách.

Nevýhody a rizika: menší diagnostický přínos vzhledem k malému dosahu, větší traumatizace dýchacích cest, riziko poranění hlasivek, laryngu (hrtan) nebo trachey (průdušnice), perforace (proděravění) dýchacích cest, menší zobrazovací schopnost (záleží na použité optice).

**Virtuální (zdánlivá) bronchoskoskopie pomocí CT hrudníku** (jedná se o rentgenové vyšetření)

Výhody: není nutné použití žádného instrumentária, minimální zásah do organizmu.

Nevýhody a rizika: malá výpovědní hodnota vyšetření, nemožnost posouzení vzhledu sliznice, nemožnost odběru diagnostického materiálu z dýchacích cest, vysoká radiační zátěž (rentgenové záření).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

1. U nespolupracujících dětí nebo po domluvě s pacientem a rodiči se provádí vyšetření v celkové anestezii.

2. U větších dětí schopných požadované spolupráce je možné provedení bronchoskopie po místním znecitlivění.

Bronchoskop je zaveden nosem přes nosohltan a přes hlasivky do dolních dýchacích cest, bronchoskop se zavádí obvykle do úrovně 3 - 4 větvení průdušek. Při zvýšené dráždivosti

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|

dýchacích cest je bronchoskopem aplikována látka ke znecitlivění sliznice a zmírnění kašle. Při projevech dušnosti je možné přímo přes bronchoskop aplikovat bronchodilatační lék (lék na roztažení průdušek) do dýchacích cest, při poklesu hladiny kyslíku v krvi je možné přes bronchoskop podat kyslík.

Diagnostická bronchoskopie trvá obvykle cca 10 - 15 min (dle klinického stavu a aktuálního nálezu v dýchacích cestách).

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu/léčebného postupu:

Po výkonu může dojít k omezení v obvyklém způsobu života, které vyplývá z rizik výkonu (viz výše).

Po výkonu není možné 2 hodiny jíst a pít.

U ambulantně provedeného výkonu pacient opustí bronchologické pracoviště až po kontrole zdravotního stavu se souhlasem lékaře (minimálně 4 hodiny po výkonu).

Další potřebná léčba:

Žádná

**Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu.**

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen v rozsahu, který je uveden výše.**

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|
| ..... | ..... |
| *podpis pacienta / zákonného zástupce* | *jméno, příjmení a podpis lékaře* |
| ..... | |
| *podpis nezletilého pacienta /* | |
| *pacienta s omezenou svéprávností* | |
| **Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat**: | |
| Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: | |
| Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: | |
| ..... | |
| *jméno, příjmení a podpis svědka* | |

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.