ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

Законний представник пацієнта (ім'я, прізвище):

Найменування медичної процедури / лікувального заходу (або декількох процедур/заходів):

ГНУЧКА БРОНХОСКОПІЯ (ФІБРОБРОНХОСКОПІЯ)

Мета, характер, підготовка, очікувана користь, наслідки та можливі ризики медичної процедури / лікувального заходу:

1. Діагностична мета: дослідження зовнішнього вигляду слизової оболонки, оцінка зовнішнього вигляду та анатомічних аномалій (відхилень) дихальних шляхів, забір матеріалу для подальшого спеціального дослідження (мікроскопія, імунологія, культуральне дослідження тощо).
2. Терапевтична (лікувальна) мета: очищення дихальних шляхів, видалення стороннього тіла, відсмоктування виділень (мокротиння), видалення слизових або кров'яних пробок, промивання бронхів тощо.

Ризики: тимчасова підвищена кашльова готовність, відкашлювання мокротиння з невеликою домішкою крові, тимчасове підвищення температури після бронхоальвеолярного лаважу (промивання бронхів), вторинна інфекція.

Під час обстеження дітей, які не співпрацюють із лікарем, можливі ризики, пов'язані із загальною анестезією (див. інформовану згоду на анестезію).

Альтернативи лікувальному заходу, їхня доцільність, переваги та ризики:

Проведення жорсткої (ригідної) бронхоскопії

Перевага: більший робочий канал, краща можливість видалення сторонніх тіл із верхніх, частково і нижніх дихальних шляхів, можливість вентиляції під час втручання на дихальних шляхах.

Недоліки та ризики: менша діагностична цінність через малу досяжність, більша травматизація дихальних шляхів, ризик ушкодження голосових зв'язок, гортані або трахеї, перфорація (проривання) дихальних шляхів, менша можливість візуалізації (залежно від використовуваної оптики).

Віртуальна бронхоскопія за допомогою КТ грудної клітки (йдеться про рентгенологічне дослідження)

Переваги: не потрібен інструментарій, мінімальне втручання в організм.

Недоліки та ризики: мала діагностична цінність дослідження, неможливість оцінити зовнішній вигляд слизової оболонки, неможливість забору діагностичного матеріалу з дихальних шляхів, високе променеве навантаження (рентгенівське випромінювання).

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

Медична процедура відбуватиметься так:

1. У разі дітей, які не співпрацюють з лікарем, або за домовленістю з пацієнтом і батьками дослідження проводиться під загальною анестезією.

2. У старших дітей, здатних до співпраці, можливе проведення бронхоскопії під місцевою анестезією.

Бронхоскоп вводять через ніс, носоглотку і голосові зв'язки в нижні дихальні шляхи, зазвичай до рівня 3-4 бронхіальних гілок. У разі підвищеної подразливості дихальних шляхів через бронхоскоп вводять речовину для анестезії слизової оболонки та зменшення кашлю. За наявності симптомів задишки через бронхоскоп безпосередньо в дихальні шляхи можна ввести бронхорозширювальний (бронхолітичний) засіб, а в разі зниження рівня кисню в крові – кисень.

Діагностична бронхоскопія зазвичай триває близько 10–15 хв (залежно від клінічного стану та результатів дослідження дихальних шляхів).

Обмеження та рекомендації щодо способу життя з урахуванням стану здоров'я та можливої зміни працездатності після проведення зазначеної медичної процедури / лікувального заходу:

Після процедури можливе обмеження у звичному способі життя через ризики, пов'язані з процедурою (див. вище).

Протягом 2 годин після процедури не можна їсти та пити.

У разі амбулаторної процедури пацієнт залишає відділення бронхології після контролю стану здоров'я за згодою лікаря (не менше ніж через 4 години після процедури).

Подальше потрібне лікування:

Немає

Заявляю, що лікар, який надав мені інформацію, особисто роз'яснив увесь зміст цієї письмової інформованої згоди, і я мав можливість поставити йому запитання, на які дістав належну відповідь. Заявляю, що наведену вище інформацію я повністю зрозумів/-ла і даю пряму згоду на проведення цієї медичної процедури.

Якщо пацієнт **неповнолітній або з обмеженою дієздатністю** і достатньо зрілий в інтелектуальному та вольовому відношенні:

Заявляю, що я отримав/-ла роз'яснення в обсязі, зазначеному вище.

Якщо пацієнту не були надані такі відомості, має бути наведена причина їх ненадання:

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Ім'я та прізвище:	**перс. номер:**

м. Прага, дата

…… ……

підпис пацієнта / законного представника *ім'я, прізвище та підпис лікаря*

……

підпис неповнолітнього пацієнта /
пацієнта з обмеженою дієздатністю

Якщо пацієнт / законний представник не може підписати документ за станом здоров'я:

Причина, через яку пацієнт / законний представник неспроможний підписати документ:

Спосіб, яким пацієнт / законний представник висловив свою волю:

……

ім'я, прізвище та підпис свідка