BỆNH VIỆN ĐA KHOA PRAHA
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Tên và họ: số sinh**:**
Người giám hộ của bệnh nhân (tên, họ):
Kí hiệu thao tác y tế/bước điều tri (hoặc là các thao tác/các bước): **NỘI SOI PHẾ QUẢN LINH HOẠT**
Mục đích, đặc thù, sự chuẩn bị, thành công dự kiến, hậu quả và khả năng rủi ro của thao tác y tế/bước chữa tri: 1. Mục đích chuẩn đoán: kiểm tra vẻ bề ngoài của niêm mạc, đánh giá vẻ bề ngoài và những bất thường về giải phẫu của đường hô hấp, lấy mẫu cho xét nghiệm đặc biệt tiếp theo (qua kính hiển vi, miễn dịch học, và những kiểm tra khác). 2. Mục đích trị liệu (chữa bệnh) : làm thông đường hô hấp, loại bỏ những vật thể lạ, hút đờm, loại bỏ các cục đờm hoặc cục máu đông, súc rửa phế quản và những việc khác. Rủi ro: tăng độ khó chịu để ho thoáng qua, ho ra đờm và có dính máu, tăng nhiệt độ thoáng qua sau khi súc rửa phế quản , nhiễm trùng thứ cấp. Khi khám kiểm tra cho những trẻ em không hợp tác thì rủi ro có thể liên quan đến gây mê toàn phần (xem phần thông báo sự đồng ý với gây mê).
Các lựa chọn thay thế khác của bước điều tri, sự phù hợp của chúng, lợi ích và rủi ro: **Thực hiện nội soi phế quản cứng (không linh hoạt)** Ưu điểm: kênh làm việc lớn hơn, khả năng loại bỏ vật thể lạ từ phần trên, một phần ít của phần dưới đường hô hấp, có thể thông thoáng trong quá trình phẫu thuật trên đường hô hấp. Bất lợi và rủi ro: lợi ích chuẩn đoán ít hơn do phạm vi nhỏ, chấn thương đường hô hấp nhiều hơn, rủi ro chấn thương dây thanh âm, thanh quản hay khí quản, thủng lỗ đường hô hấp, khả năng phản chiếu thấp hơn (phụ thuộc lên ống kính được sử dụng). **Nội soi phế quản ảo (rõ ràng) nhờ vào CT ngực** (đây là kiểm tra bằng tai X) Ưu điểm: không cần thiết phải sử dụng bất kì công cụ gì, sự xâm nhập tối thiểu nhất vào cơ thể. Bất lợi và rủi ro: giá trị thông tin kiểm tra nhỏ, không có khả năng đánh giá vẻ bề ngoài của niêm mạc, không có khả năng lấy mẫu để chuẩn đoán từ đường hô hấp, tiếp xúc với bức xạ cao (tia X).
Dịch vụ y tế sẽ tiến hành như sau: 1. Với trẻ em không hợp tác hoặc sau khi đã thỏa thuận với bệnh nhân và bố mẹ thì phẫu thuật hay kiểm tra sẽ thực hiện trong gây mê toàn phần. 2. Ở những trẻ em lớn hơn và có khả năng hợp tác thì nội soi có thể tiến hành sau khi gây tê cục bộ. Ống nội soi phế quản sẽ được dẫn từ mũi qua vòm họng và ống thanh vào đường hô hấp dưới, thường thì ông soi phế quản được đưa vào nhánh 3-4 của phế quản. Trong trường hợp đường hô hấp bị kích thích nhiều hơn thì ống soi sẽ được bôi lên một chất để làm tê niêm mạc và làm

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Tên và họ: số sinh**:**

giảm ho. Trong trường hợp ngạt thở thì ống soi sẽ được bôi thuốc giãn phế quản, trong trường hợp giảm ô-xi trong máu thì qua ống nội soi có thể bổ sung ô-xi.

Nội soi chuẩn đoán phế quản thường kéo dài tầm 10-15 phút (theo tình trạng lâm sàng và phát hiện hiện tại trong đường hô hấp).

Hạn chế và khuyến nghị về lối sống có liên quan đến tình trạng sức khỏe và những thay đổi có thể xảy ra đối với sức khỏe sau khi thực hiện thao tác y tế/qui trình chữa trị:

Sau thực hiện thao tác y tế có thể sẽ phải hạn chế lối sống đã quen, vì những rủi ro nảy sinh ra từ thao tác y tế (xem ở trên).

Sau khi thực hiện 2 tiếng thì không được ăn và uống.

Ở trường hợp thực hiện cấp cứu thì bệnh nhân sau khi làm nội soi phế quản có thể rời khỏi khoa sau khi được kiểm tra tình trạng sức khỏe với sự đồng ý của bác sĩ (ít nhất 4 giờ sau khi thực hiện ca mổ).

Điều trị cần thiết tiếp theo:

Không có

Tôi tuyên bố rằng, bác sĩ mà đã chỉ dẫn cho tôi, thì đã giải thích tất cả những gì ghi trong bản tuyên bố đồng ý cho tôi và tôi đã được phép đặt các câu hỏi và những câu hỏi đó đã được bác sĩ trả lời tôi. Tôi tuyên bố rằng, chỉ dẫn và những thông tin nêu ra ở trên tôi hoàn toàn hiểu và tôi đồng ý với việc thực hiện thao tác y tế này:

Trong trường hợp bệnh nhân là trẻ vị thành niên hoặc là khuyết khả năng tự quyết và là đủ hiểu chuyện và được coi là trưởng thành:

Tôi tuyên bố là tôi đã được chỉ dẫn về nội dung ở trên.

Nếu như bệnh nhân chưa được cung cấp những thông tin như vậy, hãy nêu ra lí do không được cung cấp:

Nêu lí do

Tại Praha ngày Zadejte datum

.....
Chữ kí của bệnh nhân / chữ kí của người giám hộ

.....
tên, họ và chữ kí của bác sĩ

.....
Chữ kí của bệnh nhi /
Của bệnh nhân khuyết khả năng tự quyết

THÔNG BÁO SỰ ĐỒNG Ý

Tên và họ:	số sinh**:**
Trong trường hợp bệnh nhân hay người giám hộ vì lí do sức khỏe không thể kí được: Lí do mà vì nó bện nhân hay người giám hộ không thể kí được: Nêu lí do Cách mà bệnh nhân/người giám hộ thể hiện ý chí của mình: nêu cách thức ..... *Tên, họ và chữ kí của người làm chứng*	