**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111



# INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

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

**BABY – BODYPLETYSMOGRAFIE**

**(VYŠETŘENÍ PLICNÍCH FUNKCÍ U MALÝCH NESPOLUPRACUJÍCÍCH DĚTÍ)**

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

Vyšetření plicních funkcí pomocí Baby - bodypletysmografu přináší podrobné informace o funkci plic a dýchacích cest (objem plic, objem hrudníku, průchodnost dýchacích cest, tuhost plic a jiné.

Samotné vyšetření nepředstavuje pro dítě žádné riziko; jediným rizikem by mohla být případná nežádoucí reakce dětského pacienta na podaný tlumící přípravek.

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

V současné době neexistuje žádná jiná vyšetřovací metoda stanovující kompletní plicní funkce u nespolupracující dětí.

Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto:

Vyšetření vyžaduje tlumení (sedaci) dítěte.

Vyšetření plicních funkcí pomocí Baby - bodypletysmografu se skládá ze 2 částí, první je celotělová pletysmografie a druhá je rychlá hrudní komprese (stlačení hrudníku nafukovací vestičkou).

1. **Celotělová pletyzmografie**: vyšetření má dvě části. Zprvu se během klidového dýchání snímá průběh průtokových změn vzduchu v masce a změn tlaku v kabině; cílem je změření odporu dýchacích cest. Následně se během velice krátkého (asi půl sekundy trvajícího) uzávěru náustku snímají změny tlaku v kabině se současnými změnami tlaku před ústy dítěte (tzv. ústního tlaku); cílem je změření velikosti objemu plic na konci klidového výdechu.
2. **Rychlá thorakální (hrudní) komprese (stlačení)**: vyšetření začíná snímáním průběhu klidových průtokových a tlakových změn při dýchání dítěte. Pokud jsou splněny podmínky nutné pro dokonalou koordinaci během vyšetření, přístroj nafoukne vestičku v okamžiku ukončení klidového nádechu. Doba trvání tohoto podnětu je velmi krátká (asi 0,1 sekundy). Cílem je záznam urychleného výdechu (tzv. částečné výdechové křivky průtok - objem) a následné posouzení tvaru a průtokových hodnot získané křivky. To slouží především pro zjištění případné neprůchodnosti dýchacích cest.

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Během celého vyšetření je dítě pod dohledem dvou zkušených lékařů a je monitorována tepová frekvence a okysličení krve.

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

Zavedením správné a cílené léčby může dojít ke zlepšení klinického stavu (snížení dechové frekvence, lepší tolerance fyzické aktivity, prospívání, snížení frekvence nebo zcela odeznění stavů dušnosti apod.)

Další potřebná léčba:

Nasazení popř. úprava dlouhodobé léčby bude upravena dle výsledků tohoto vyšetření.

**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

.....
*podpis pacienta / zákonného zástupce*

.....
*jméno, příjmení a podpis lékaře*

.....
*podpis nezletilého pacienta /*
*pacienta s omezenou svéprávností*

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

**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*