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 (popřípadě několika výkonů):

NESPECIFICKÝ BRONCHOPROVOKAČNÍ TEST

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je prokázat, zda jsou Vaše dechové obtíže provázeny zvýšenou citlivosti průdušek, projevující se jejich stažením - zúžením (bronchiální hyperreaktivitou) po některých podnětech (chlad, námaha, inhalace dráždivých látek, inhalační kontakt s alergeny, psychická zátěž).

Výkon s vdechováním testovaných roztoků látek má následující rizika:

Jak již bylo výše uvedeno, vyšetření se provádí proto, aby se zjistilo, zda trpíte zvýšenou citlivostí průdušek a proto očekávaným výsledkem testu je stažení průdušek provázené pocitem dechové tísně, což každý člověk vnímá jako různě závažnou dechovou obtíž. I když většině vyšetřovaných se po podání léku uleví během několika málo minut, může se stát, že Váš pocit dechové tísně může přetrvávat i déle, ale ne více než 30 minut, což je doba, za niž se podaná látka rozloží na neúčinnou formu.

Nevýhodou vyšetření je, že trvá dlouho, obvykle více než hodinu, protože ve snaze postihnout již velmi lehké zúžení průdušek se dávky testovací látky zvyšují jen velmi pozvolna. Je proto nutno podstoupit opakované vyšetření plicních funkcí, což může být pro některé osoby namáhavé.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jako další možnost lze provést nespecifický bronchoprovokační test zátěží během. Zátěžový test během nemusí vyvolat (a ve velké řadě případů také nevyvolá) stažení průdušek (neprokáže bronchiální hyperreaktivitu) u všech onemocnění astmatem vzniklých na alergickém podkladě.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Jde o vyšetření, při kterém budete postupně vdechovat ve stoupající dávce aerosol látek, které mohou u zdravých jedinců vyvolat stažení průdušek až ve vysoké dávce, ale u citlivých jedinců již v dávkách malých. Při opakovaném vyšetření plicních funkcí se bude sledovat, zda vdechování těchto látek, které jsou tělu vlastní a značně nestabilní, takže se rychle rozloží na neúčinnou formu, vyvolá u Vás stažení průdušek provázené určitým pocitem dechové tísně. Pokud k tomuto očekávanému pozitivnímu výsledku vyšetření dojde a dechové obtíže se u Vás objeví, bude Vám ihned podán stejným způsobem, tj. vdechnutím lék, po kterém během 10-20 minut obtíže ustoupí.

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

Po provedení uvedeného zdravotního výkonu nebudete omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, ani nedojde ke změně vaší zdravotní způsobilosti. Inhalovaná látka je nestabilní, rychle se rozkládá, takže po 30 minutách se v každém případě Vaše dechové poměry vrátí do výchozích hodnot.

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.:**

Další potřebná léčba:

Po provedení uvedeného zdravotního výkonu není nutný žádný speciální léčebný režim, ani preventivní opatření.

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/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a 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

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

……..

jméno, příjmení a podpis svědka