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):

SPECIFICKÝ BRONCHOPROVOKAČNÍ TEST

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

Účelem vyšetření je prokázat, zda Vaše dechové obtíže vznikly v souvislosti s expozicí (působením) látkám (alergenům), kterým jste vystaven/a na pracovišti a zda trpíte profesionálním průduškovým astmatem. Jde o vyšetření, při kterém budete po kontaktu s látkami, s kterými se setkáváte na pracovišti, 24 hodin klinicky sledován za hospitalizace a opakovaně spirometricky vyšetřován, aby se prokázalo, či vyloučilo, zda Vám tyto látky vyvolávají stažení průdušek.

Takovéto stažení průdušek by bylo s největší pravděpodobností provázeno pocitem dechové tísně. I když bude tato situace ihned řešena podáním léků, které působí roztažení průdušek a většině vyšetřovaných se po podání léku uleví do 30 minut, mohlo by se stát, že Váš pocit dechové tísně může přetrvávat i déle.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Toto vyšetření nemá alternativu. Pokud se má rozhodnout o profesionalitě Vašeho onemocnění, musí být splněny podmínky přiznání nemoci z povolání dané zákonem, což v případě Vašeho onemocnění znamená, že se musí prokázat, že příčinou Vašich dechových obtíží jsou látky, s nimiž přicházíte do kontaktu na pracovišti.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V expoziční kabině budete vystaven/a látkám nebo materiálům, které hygienik práce odebral na Vašem pracovišti jako látky, které by mohly být příčinou Vašich dechových obtíží. S těmito látkami budete manipulovat způsobem, který bude přibližně napodobovat Vaši práci v zaměstnání.

Při opakovaném vyšetření plicních funkcí budeme sledovat, zda vdechování výparů, či prachových částic těchto látek u Vás vyvolá stažení průdušek, provázené pocitem dechové tísně. Pokud k tomuto očekávanému pozitivnímu výsledku vyšetření dojde a dechové obtíže se u Vás objeví, bude Vám ihned podán rovněž vdechnutím lék, který stažení průdušek uvolňuje. Jde o lék, kterým se u průduškového astmatu léčí stažení průdušek jako jedna ze základních příčin dušnosti.

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

Pokud by vdechování tohoto léku neupravilo stažení průdušek, navozené vystavením se látce z pracoviště a bylo by nutno přidat další léky (inhalační kortikosteroidy, antihistaminika), mohl by se Váš diagnostický pobyt v nemocnici prodloužit.

Propuštění z nemocnice je možné až po stabilizaci Vašeho onemocnění průduškovým astmatem do stavu, v jakém jste do nemocnice k diagnostickému pobytu nastoupil/a.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Budete pokračovat v léčbě svého základního onemocnění (průduškového astmatu), která Vám byla zavedena již před nástupem k hospitalizaci k provedení specifického bronchoprovokačního testu.

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