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):

REEXPOZIČNÍ BRONCHOPROVOKAČNÍ TEST NA PRACOVIŠTI

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

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

Takové stažení průdušek by bylo s největší pravděpodobností provázeno pocitem dechové tísně. I když tato situace bude ihned řešena podáním léků, které působí roztažení průdušek a většině vyšetřovaných se po podání léku do 30 minut uleví, mohlo by se stát, že Váš pocit dechové tísně může přetrvávat i déle. Pokud by taková situace nastala, byly by Vám podány další léky ovlivňující nejen dýchací cesty, ale i léky s celkovým protialergickým a protizánětlivým účinkem.

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:

Na svém původním pracovišti (pracoviště, kde vznikly dechové obtíže) budete po dobu dvou hodin provádět práci, která byla Vaší pracovní náplní. Na pracoviště budete za doprovodu lékaře a zdravotní sestry erudované v provádění spirometrie přivezen sanitním vozem. Před zahájením práce budete klinicky a spirometricky vyšetřen. Práci budete provádět za dohledu doprovázejícího lékaře, nebo zdravotní sestry. V případě dechových obtíží bude práce přerušena a budete znovu klinicky a spirometricky vyšetřen. Pokud se ukáže, že jsou vaše obtíže způsobené stažením průdušek, práci ukončíte a bude vám podán lék, který stažení průdušek uvolňuje. Pokud se dechové obtíže neobjeví, nebo při nich nedojde k významnému stažení průdušek, budete v práci pokračovat a ukončena bude až po dvou hodinách celkového trvání. Poté budete 24 hodin klinicky sledován za hospitalizace a opakovaně spirometricky vyšetřován, aby se prokázala, či vyloučila souvislost Vašich eventuálních dechových obtíží s prováděnou prací.

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

Pokud by výše popsané stažení průdušek vyvolané pracovní expozicí vyžadovalo intenzivnější léčbu, 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.

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:

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