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 - ZÁTĚŽ VOLNÝM BĚHEM

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

Účelem výkonu je prokázat, zda jsou Vaše dechové obtíže provázeny zvýšenou citlivostí průdušek, projevující se jejich stažením - zúžením (bronchiální hyperreaktivitou) po určitých podnětech, jako je zejména námaha, ale i chlad, inhalace dráždivých látek, inhalační kontakt s alergeny, psychická zátěž).

Rizika výkonu:

Jde zátěžové vyšetření. Předpokládaným pozitivním výsledkem testu je stažení průdušek provázené pocitem dechové tísně, který každý člověk vnímá jako různě závažný dechový dyskomfort.

Nevýhodou vyšetření je nezbytné vynaložení určité fyzické námahy, protože vyšetření je na přítomnosti fyzické zátěže založeno. Kromě toho je třeba počítat s tím, že vyšetření je poměrně časově náročné. Celková doba testu včetně přípravy na vyšetření a následné kontroly je minimálně 1 hodina.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Další možností, jak prokázat bronchiální hyperreaktivitu, je provedení nespecifického bronchoprovokačního testu metacholinem. Jde o vyšetření, kdy pacient opakovaně inhaluje aerosol testovací látky z inhalačního zařízení.

I při tomto vyšetření je očekávaným výsledkem testu stažení průdušek s následným pocitem dechového tísně. Aerosol testovací látky se vdechuje opakovaně ve stoupající dávce, takže jsou nutná opakovaná spirometrická vyšetření (funkční vyšetření plic). To je jednak náročné fyzicky, ale také závislé na dokonalé spolupráci pacienta při spirometrickém vyšetření. Kromě toho výsledky testu zátěží volným během více vypovídají o dechových obtížích vznikající po námaze, nebo po inhalaci chladného vzduchu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Po vstupním spirometrickém vyšetření budete ve volném (nejlépe sportovním) oděvu a obuvi běhat vytrvalostním tempem ve volném terénu po dobu 6 minut, pod dozorem lékaře a zdravotní sestry. Po 2., 4. a 6. minutě zátěže bude provedena kontrola tepové frekvence. Po doběhnutí bude zkontrolován váš zdravotní stav lékařem a budete minimálně 2x vyšetřen spirometricky. Pokud se objeví dechové obtíže způsobené stažením průdušek, bude ihned zahájena bronchodilatační léčba (vdechnutím aerosolu s léčivým přípravkem), po které během 15-20 minut obtíže ustoupí. Poslední vyšetření bude provedeno za 30 minut po ukončení zátěže, nebo po podání bronchodilatačního léku.

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.

Nemocniční zařízení opustíte až poté, kdy dechové obtíže odezní a vaše dechové poměry se vrátí do výchozích hodnot.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Po provedení uvedeného zdravotního výkonu není nutný žádný speciální léčebný režim, ani žádná preventivní opatření. Budete pokračovat v léčbě svého základného onemocnění, která Vám byla dříve zavedena specialistou (pneumolog, alergolog).

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