

Informovaný souhlas pacienta /zákonného zástupce/ s bronchoskopií

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Bydliště:

Zákonný zástupce, dat. nar. :

Vážená paní, vážený pane,

Na základě provedeného vyšetření Vám bylo doporučeno provedení bronchoskopie – vyšetření průdušek optickým přístrojem.

Co to je bronchoskopie?

Bronchoskopie je výkon, který umožňuje optickým přístrojem prohlédnout Vaše dýchací cesty. Provádí se ohebným přístrojem tvaru hadičky – bronchoskopem. Vyšetření je nebolestivé, ale může působit dráždění ke kašli.

Proč doporučujeme tento výkon?

Důvodem bronchoskopie je podezření na závažné onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, případně léčba těchto nemocí. Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

Výkon bude probíhat takto:

Před výkonem užijte léky proti kašli, těsně před výkonem Vám může být podána injekce k omezení tvorby slin. Lékař provede znecitlivění dutiny ústní, hltanu, hrtanu a dolních dýchacích cest lékem ve spray a roztokem léku. Při větším sklonu k dráždivosti je možno těsně před výkonem podat nitrožilní injekci ke snížení úzkosti a vnímání nepříjemných pocitů.

Přístroj lékař zavádí zpravidla ústy, v indikovaných případech nosem. Při vyšetření je možno odebrat vzorky tkání a hlenu a ošetřit průdušky, které jsou zúžené, ucpané nebo krvácejí. Během výkonu Vám bude kontrolována srdeční činnost a okysličování krve pomocí oxymetru – „kolíček na prst“.

Před výkonem dodržte tato doporučení:

- 6 hodin před výkonem nejíst
- 4 hodiny před výkonem nepít, nekouřit
- ranní léky zapít pouze vodou, pokud lékař neurčí jinak
- k výkonu se dostavte bez přívěšků, náušnic, náhrdelníků
- odložit i snímatelnou zubní protézu – bude Vám umožněno i v ambulanci

Omezení po výkonu

Po výkonu je nezbytné dodržet tato doporučení:

- 2 hodiny po výkonu nejíst, nepít, nekouřit
- pokud jste dostali uklidňující injekci je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo
- v den výkonu jste práce neschopen

Po výkonu budete sledován zdravotnickým personálem, doporučujeme setrvat pod dohledem až do kontroly stavu – cca 2 hod. I když budete po vyšetření schopní samostatného odchodu doporučujeme zajistit si doprovod po vyšetření.

V případě jakýchkoliv potíží (bolest v krku, drobné vykašlávání krve nebo chrapot, atd.) okamžitě upozorněte lékaře nebo sestru!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění místa a rozsahu postižení dýchacích cest s možností odebrání vzorků hlenů i postižené tkáně k určení typu onemocnění a tím i ke správné léčbě. Dle aktuálního nálezu v některých případech současně i provedení léčebných zákroků jako například odstranění cizích těles, odsátí vazkých hlenů, stavění krvácení.

Alternativy výkonu

- bronchoskopie v celkové anestézii u komplikovanějších stavů

Možná rizika výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

Nejčastější možné komplikace jsou chrapot a bolest v hrdle.

Další možné komplikace - krvácení z dýchacích cest, zhoršení dechu, přechodné zvýšení tělesné teploty a alergie na podanou utišující injekci nebo znečitlivující látku - jsou velmi vzácné. Trvalé následky samotné bronchoskopie nebývají.

Vyšetření lze v případě potřeby provádět i opakovaně k léčbě nebo sledování vývoje nemoci.

Souhlas s výkonem

Já níže podepsaný pacient /zák. zástupce/, tímto prohlašuji,

že mě lékař dne v hod náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení výkonu bronchoskopie, a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení **dávám svůj plný informovaný souhlas s uvedeným lékařským výkonem**, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta /zák. zástupce/:..... Datum:.....

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval, poučil a podal náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient / zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis:..... Datum a čas:.....

