

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### **Bronchoprovokační test s profesionálním alergenem**

**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován bronchoprovokační test s profesionálním alergenem.

**Co je to alergen?**

Je to látka z Vašeho pracovního prostředí, kterou jste s lékařem vytypovali jako možný alergen, který Vám způsobuje dechové potíže a způsobuje stažení průdušek. K tomu dochází jen u jedinců, kteří jsou náchylní ke vzniku průduškového astmatu nebo jiného zánětlivého onemocnění průdušek.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Tento test se používá k odhalení diagnózy profesionálního astma bronchiale nebo ke zjištění zvýšené reakce průdušek u osob pracujících v prašných provozech.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Režim určí lékař a záleží na tom, zda se testuje účinek léků, správné zařazení do pracovního procesu nebo se diagnostikuje astma.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

V laboratorních podmínkách budete inhalovat podezřelou látku z pracovního prostředí a za určitý časový interval (který stanoví lékař) bude provedeno spirometrické vyšetření. Pokud dojde k požadované změně dechových funkcí, test ukončíme.

**Jaké jsou možné komplikace:**

V některých případech, zvláště u skrytého astmatu, může dojít k záchvatu dušnosti a kašle. Naše pracoviště je vybaveno k okamžitému řešení této situace poskytnutím první pomoci, která spočívá v aplikaci látek roztahujících průdušky. Klinické příznaky budou stejné jako ty, co proděláváte i doma – zde jen ověříme jejich příčinu.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Pacient zůstává na našem pracovišti do normalizace spirometrických hodnot.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>Bronchoprovokační test s profesionálním alergenem</b>
--

**Vysvětlující pohovor provedl:**

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka