

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### **Bronchoskopie v místním znecitlivění**

**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 zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován lékařský výkon – bronchoskopie v místním znecitlivění.

**Co je bronchoskopie:**

Bronchoskopie je zákrok, který umožňuje pomocí optického přístroje prohlédnutí Vašich dolních cest dýchacích, případně odběr hlenu nebo části tkáně k dalšímu vyšetření.

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

Důvodem bronchoskopie je podezření na onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, onemocnění jiného orgánu, které se do oblasti hrudníku a plic šíří.

Získaný materiál bude podroben příslušné laboratorní a mikroskopické analýze sloužící k upřesnění povahy Vaší nemoci.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Před výkonem je třeba informovat lékaře, zda nejste alergický(á) na některý dezinfekční nebo znecitlivující přípravek a jiné léky. Zda užíváte léky proti srážení krve, zda netrpíte zvýšenou krvácivostí, cukrovkou, astmatem nebo jiným onemocněním. Před zákrokem provede zdravotnický personál vyšetření zajišťující bezpečnost výkonu. Před výkonem je třeba 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit. Ranní léky můžete zapít vodou, pokud Vás lékař neurčí jinak. Pokud nosíte snímatelnou zubní protézu, pak ji odložte.

Před vlastním vyšetřením bude provedeno znecitlivění dutiny ústní, hrtanu a hlasové štěrbině aerosolem znecitlivující látky za pomoci spreje a roztoku. Při větší dráždivosti na zvracení je možné těsně před výkonem podat nitrožilní injekci.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Bronchoskopie je zákrok, který umožňuje pomocí optického přístroje prohlédnutí Vašich dolních cest dýchacích. Provádí se ohebným přístrojem. Při kašli se ještě může místní znecitlivění doplnit vystříkáním dolních dýchacích cest znecitlivujícím prostředkem. Přístroj se zavádí ústy, výjimečně nosem. Při vyšetření je možné odebrat vzorky tkáně nebo hlenu, které budou odeslány k vyšetření v laboratořích. Je možno ošetřit průdušky, které jsou zúžené, ucpané nebo krvácejí. Během výkonu Vám bude kontrolována srdeční činnost a okysličování krve.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Při a po zákroku může dojít ke zhoršení dechu nebo drobnému krvácení z dýchacích cest. Po výkonu může přetrvávat několik hodin chrapot a nebo bolesti v krku. Může se Vám přechodně zvýšit teplota. Může se objevit změna Vašeho krevního tlaku nebo pulsu.

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

Pro zhoršené polykání je třeba 2 hodiny po výkonu nejíst, nepít a nekouřit. Pokud se vyskytne jakákoliv komplikace, informujte svého lékaře. Vyšetření je obvykle prováděno ambulantně. Pokud nenastanou komplikace, odchází pacient po určité době pozorování zdravotnickým personálem (2 hodiny) domů. Při transportu domů je vhodný doprovod. Není vhodné řídit motorové vozidlo.

**Jestli jste něčemu v tomto textu nerozuměl(a) nebo se chcete dovědět více o zákroku, zeptejte se nás a my Vám rádi podáme informace v pohovoru.**

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Bronchoskopie v místním znecitlivění</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. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. 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