

Informovaný souhlas pacienta(tky) / zákonného zástupce s výkonem

Expoziční test

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 expoziční test.

Expoziční test:

Je zjišťování tolerance testované látky.

Alternativy výkonu:

Jiná alternativa k výkonu není.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem není potřebný zvláštní režim. Pacient nemusí být nalačno. V průběhu výkonu pacient nic nejí. Pije pouze čistou vodu. Samotný test trvá minimálně 2 hodiny.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Před zahájením testu se pacientovi zajistí žilní vstup, změří se fyziologické funkce (tlak krve, puls, dech) a provede se spirometrické vyšetření.

Pokud je testovaná látka v injekční formě (například anestetikum pro injekční podání), aplikuje se tato látka v předem stanovených časových intervalech postupně ve formě prick testů, intradermálního podání (podání do kůže), subkutánního podání (podání do podkoží) a intramuskulárního podání (podání do svalu). Nejčastějším místem aplikace je vnitřní a vnější strana paže.

Expoziční test může být prováděn také formou per orálního podání (ústí). Nejčastěji se takto zjišťuje tolerance na potraviny nebo na léky, které nejsou v injekční formě. Dávka se navyšuje ve stanovených časových intervalech.

Po každém podání se sleduje a zaznamenává lokální a celková reakce a měří se vitální funkce.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Alergická reakce na testovanou látku.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po testu je nutná další observace pacienta na pracovišti minimálně 2 hodiny. Po ukončení sledování se provede kontrolní spirometrie a změří se vitální funkce.

Lékař poučí pacienta o možných místních a celkových pozdních reakcích, dle testované látky.

Uděluji souhlas e expozičním testem:

LÉKEM

POTRAVINOU

(zaškrtněte zvolenou metodu)

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

Plánovaný výkon:

Expoziční test

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