

Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

Bronchoskopie v místním znecitlivění

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

Vážená paní, vážený pane,
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná 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 výkon - bronchoskopie v místním znecitlivění.

Co je bronchoskopie:

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

Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Důvodem vyšetření je nález v oblasti průdušek, plic nebo pohrudnice, buď viditelný na skiagramu hrudníku, CT nebo se klinicky projevující onemocnění dýchacích cest (výrazné zahlnění, krvácení z dýchacích cest, dušnost s podezřením na vdechnutí cizího tělesa).

Alternativy vyšetření:

Za alternativu lze považovat bronchoskopii v celkové anestezii.

Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

O režimu budete informováni před vyšetřením.

Jaký je postup při provádění vyšetření:

Místní znecitlivění bude zahájeno opakovaným stříknutím anestetika ve sprejové formě na kořen jazyka přilehlou sliznici, poté pomocí kapátka budou umrtvovány hlasivky pod kontrolou zraku tak, aby byla zajištěna volná průchodnost do oblasti hrtanu a dále do dýchacích cest. Během prostupu bronchoskopem jsou dýchací cesty dále umrtvovány anestetikem cestou bronchoskopického kanálu. Vyšetřovací přístroj je ohebný, na jeho konci je světelný zdroj a je opatřen kamerou. Můžete tudíž průběh výkonu sledovat na obrazovce. Celková doba je cca 20 minut.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každé vyšetření i toto je spojeno s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

- ✓ Poklesu kyslíku v krvi.
- ✓ Může se objevit krvácení běžné po odběru materiálu.
- ✓ Výrazné dráždění ke kašli po vyšetření.
- ✓ Můžete odkašlat krvavý hlen.
- ✓ Může se objevit dušnost.
- ✓ Může se objevit kolapsový stav.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k dalšímu výkonu, operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt vzácných a ojedinělých komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:

- ✓ po vyšetření je ještě minimálně 30 minut nutný dohled ošetřujícího personálu,
- ✓ z čekárny můžete odejít až po domluvě s lékařem, který výkon prováděl a to vždy v doprovodu druhé osoby,
- ✓ 2 hodiny od ukončení vyšetření je zakázáno jíst, pít z důvodu nefunkčnosti hrtanové záklopky, kdy hrozí vdechnutí tekutin a potravy,
- ✓ v den vyšetření je zakázáno řídit motorová vozidla,
- ✓ veškeré pozdější komplikace je nutné okamžitě konzultovat s ošetřujícím nebo výkon provádějícím lékařem.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a

pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení vyšetření probere lékař.

Předpokládaný prospěch vyšetření:

Uvedeným vyšetřením lze diagnostikovat původ plicního nálezu na skiagramu hrudníku, CT, odhalit zdroj krvácení z dýchacích cest, odstranit cizí těleso, odsát a odeslat hlen ke kulturačnímu vyšetření, provést výplach dýchacích cest s odsátím tekutiny k imunologickému rozboru. To znamená, že je to metoda jak diagnostická, tak terapeutická.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého výkonu, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s výkonem. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)

.....
.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského vyšetření uvedeného výše.

Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu vyšetření pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto vyšetření a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:..... **Podpis:**.....