

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Bronchoskopie v místním znecitlivění**Identifikační štítek  
pacienta

Vážená pacientko, paciente,  
důvodem bronchoskopického vyšetření, je podezření na některá akutní nebo chronická onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, případně léčba těchto nemocí. Bronchoskopie umožňuje prohlédnout Vaše dýchací cesty optickým přístrojem.

**PROČ DOPORUČUJEME TENTO VÝKON?**

K upřesnění a správné diagnostice Vašeho onemocnění je toto vyšetření důležité a umožní lékaři včas a lépe diagnostikovat Vaše onemocnění.

**PŘED VÝKONEM JE NEZBYTNÉ!**

- 4 hodiny nejíst, nepít a NEKOUŘIT!,
- ranní léky zapít pouze malým množstvím vody, pokud lékař neurčí jinak,
- před výkonem odložit snímatelnou zubní protézu.

**VLASTNÍ VÝKON**

Před samotným vyšetřením Vám bude znecitlivěna dutina ústní a vstup do dýchacích cest z důvodu usnadnění vyšetření a znecitlivění nervových zakončení v dýchacích cestách, které způsobují kašlací reflex. Ten je při tomto vyšetření nežádoucí. Znecitlivění je prováděno aerosolem a anestetikem, které se kape do dutiny ústní. V případě větší dráždivosti pacienta aplikujeme injekci ke snížení úzkosti a vnímání nepříjemných pocitů. Po znecitlivění dýchacích cest lékař zavede bronchoskop - tenký ohebný přístroj do dýchacích cest. Bronchoskopie je NEBOLESTIVÝ výkon, může pouze způsobit dráždění ke kašli. Přístroj je zaváděn ústy, pouze ve zvláštních případech nosem.

**MOŽNÉ KOMPLIKACE**

Jako každé vyšetření má i bronchoskopie svá rizika a mohou vzniknout různé komplikace. Mezi nejčastější patří: Krvácení, zhoršení dechu, přechodné zvýšení tělesné teploty, alergická reakce na podané léky, pneumotorax. Výskyt komplikací je však minimální.

**CHOVÁNÍ PO ZÁKROKU**

Pro zhoršené polykání způsobené znecitlivěním je třeba 2 hodiny po výkonu NEJÍST, NEPÍT, NEKOUŘIT!!! Pokud jste dostal/a uklidňující injekci, je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo.

**Alternativa výkonu neexistuje.**

Abychom snížili riziko komplikací a alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Máte zvýšený sklon ke krvácení?  | ANO | NE |
| 2. Vznikají Vám snadno na kůži podlitiny?   | ANO | NE |
| 3. Trpíte astmatem, alergií na potraviny, léky, náplasti?                         | ANO | NE |
| 4. Trpíte chronickým onemocněním (astma, cukrovka, epilepsie, srdeční slabost...) | ANO | NE |
| 5. Užíváte léky na ředění krve (Warfarin, Anopyrin)?                              | ANO | NE |
| 6. Jste těhotná?  | ANO | NE |

V případě jakýchkoliv přetrvávajících potíží (bolest v krku, vykašlávání krve, chrapot, dechové potíže, teplota) upozorněte ošetřujícího lékaře!!!!

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): \_\_\_\_\_

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: **Bronchoskopie v místním znečítlivění.**

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek.**

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s vyšetřením.**

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne \_\_\_\_\_ hod. \_\_\_\_\_

Podpis pacienta \_\_\_\_\_  
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka \_\_\_\_\_

Podpis svědka<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.