



Kroměřížská nemocnice a.s.
Havlíčková 660/69, 767 01 Kroměříž
IČ: 27660532 DIČ: CZ27660532
Telefon: 573 322 111, e-mail: post@nem-km.cz
TRN oddělení, tel. 573 322 521

**IS
TRN**

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Bronchokonstrikční test

Identifikační štítek
pacienta

Indikace a účel provedení:

Cílem bronchokonstrikčního testu je určit přítomnost a stupeň dráždivosti dýchacích cest u vyšetřovaného.

Příprava k výkonu:

- 6ti hodinové vysazení krátkodobě užívaných bronchodilatancií,
- 48 hodinové vysazení dlouhodobě užívaných bronchodilatancií,
- 1 měsíc vysazení inhalačních kortikoidů.

Popis výkonu:

Budete požádáni, abyste inhalovali určité množství aerosolu o určité koncentraci.

Aerosol je produkován zařízením zvaným nebulizátor a inhalován přes náustek nebo masku. Před začátkem testu, po jednotlivých inhalacích a na konci testu budete vyzváni, abyste provedli usilovný dechový manévr (spirometrii). Test trvá obvykle 1 hodinu.

Rizika vyšetření:

Inhalace aerosolu může vyvolat zkrácení dechu, kašel, tíhu na hrudi, pískoty, bolest na hrudi, bolest hlavy nebo zastření hlasu. Pokud se příznaky objeví, obvykle trvají několik minut a vymizí po inhalaci úlevového léku. Pravděpodobnost vážnějšího zúžení dýchacích cest je velice malá, pokud tato situace nastane, budete ihned léčeni.

Alternativy vyšetření nejsou.

Režimová opatření nejsou nutná.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: **Bronchokonstrikční test.**

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 svědka¹ _____

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