

BRONCHOSKOPIE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám / Vašemu dítěti ošetřující lékař/ka doporučil/a provedení bronchoskopie (vyšetření průdušek pomocí ohebného optického přístroje = endoskopu, bronchoskopu).

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Bronchoskopie se provádí při podezření na závažné onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, případně k uvolnění cest dýchacích.

Alternativy (jiné možnosti) léčby/řešení zdravotního problému

Bronchoskopie je při podezření na závažné onemocnění dolních cest dýchacích suverénní a nejpřesnější metodou, umožňující prohlédnout průdušky a odebrat vzorky, a je zatím nenahraditelná.

Příprava k výkonu

Před výkonem informujte lékaře, zda netrpíte zvýšenou krvácivostí, alergií na léky, cukrovkou, astmatem nebo jiným vážnějším onemocněním, zda nemáte čerstvý infekt horních cest dýchacích (rýmu, bolesti v krku s dráždivým kašlem event. zvýšenou teplotou). Při užívání léků proti srážení krve a na její ředění se poradte ohledně jejich vysazení nebo převedení na jiné léky minimálně s pětidenním předstihem před bronchoskopií s lékařem, který vás k výkonu odesílá, nebo s Vaším praktickým lékařem. Požadovaná RTG vyšetření, EKG a laboratorní vyšetření zajistí lékař, který Vás k výkonu odeslal. Před výkonem nesmíte 4 hodiny jíst, pít ani kouřit. Léky, které pravidelně užíváte, zapijte malým množstvím vody taktéž nejpozději 4 hodiny před výkonem. Doporučujeme doprovod k vyšetření. K výkonu se dostavte bez přívěšků, náušnic a náhrdelníků. Pokud máte snímatelnou zubní protézu, vyjměte ji před výkonem. Ke snížení tvorby slin, ke zklidnění strachu nebo kašle, Vám bude aplikována před výkonem injekce a je doporučeno zajistit nitrožilní přístup kanylou. Lékař Vám provede znečítlivění dýchacích cest sprejem a roztokem.

Postup při výkonu

Bronchoskopie umožňuje ohebným optickým přístrojem ve tvaru hadičky – bronchoskopem - prohlédnout dolní dýchací cesty. V ojedinělých případech se používá neohebná dutá trubička (potom je ale výkon většinou prováděn v celkovém znečítlivění). Vyšetření je nebolestivé, občas se vyskytuje dráždění ke kašli. Přístroj se zavádí ústy nebo nosem (při větším sklonu k dávení). Při vyšetření je možno tenkými nástroji vedenými kanálkem v bronchoskopu odebrat vzorky hlenu a tkáni na laboratorní rozbor. Bronchoskopem je možno ošetřit průdušky, které jsou zúžené, ucpané nebo krvácějící. Během výkonu Vám bude kontrolována srdeční činnost a okysličování krve. Výkon trvá průměrně 10 - 15 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Někdy může být výkon doprovázen přechodným zhoršením dechu nebo drobným krvácením, po výkonu se může přechodně objevit bolest v krku, chraptot. Změněný hlas většinou odezní do 1 hodiny a souvisí s umrtvením hlasivek. Někdy se přechodně na několik hodin zvýší teplota. Vzácně může po odběru vzorku tkáně do dutiny pohrudniční vniknout vzduch a je třeba ho odsát hadičkou přes hrudní stěnu, proto je nutná kontrola po výkonu lékařem.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Pro zhoršené polykání způsobené znecitlivěním 2 hodiny po výkonu nejezte a nepijte, aby nedošlo k vdechnutí potravy. Po aplikaci uklidňující injekce nesmíte 24 hodin řídit motorové vozidlo. Pokud se vyskytnou jiné komplikace nežli výše uvedené, informujte lékaře.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру на vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
-



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

.....
Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy

gestem:

očima

jinak:

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

.....
Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)