

**Poučení a informovaný souhlas pacienta(ky) s bronchoskopií
v místním znecitlivění**

Pacient(ka) – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	

Bronchoskopie v místním znecitlivění

(zobrazení průdušek optickým přístrojem)

Účel výkonu

Důvodem bronchoskopie je podezření na závažné onemocnění průdušek, plic nebo pohrudnice, případně léčba těchto nemocí. Bronchoskopie je výkon, který umožňuje optickým přístrojem prohlédnout Vaše dýchací cesty.

Proč doporučujeme tento výkon?

Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

Povaha výkonu**Vlastní výkon:**

Těsně před výkonem Vám bude aplikována injekce pro snížení tvorby slin a léky proti kašli. Budete vdechovat znecitlivující aerosol pomocí inhalátoru a znecitlivění dutiny ústní lékem ve spreji nebo roztokem léku. Bronchoskopie se provádí ohebným přístrojem tvaru hadičky - bronchoskopem, je nebolestivá, může působit dráždění ke kašli. Ve zvláštních případech se používá neohebná dutá trubice. Přístroj se zavádí ústy. Při vyšetření je možno odebrat vzorky tkání a hleny a ošetřit průdušky, které jsou zúžené, ucpané nebo krvácejí. Během výkonu Vám bude kontrolována srdeční činnost a okysličování krve.

Před výkonem je nezbytné!

- 4 hodiny před výkonem nejíst, nepít, nekouřit
- ranní léky zapít pouze vodou, pokud lékař neurčí jinak
- k výkonu se dostavit bez přívěšků, náušnic, náhrdelníků, odložit i snímatelnou zubní protézu

Po výkonu je nezbytné!

- 2 hodiny po výkonu nejíst, nepít, nekouřit
- pokud jste dostali uklidňující injekci je zakázáno 24 hodin řídit motorové vozidlo

V případě jakýchkoliv potíží (bolest v krku, drobné vykašlávání krve nebo chrapot, atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zjištění místa a rozsahu postižení dýchacích cest s možností odebrání vzorků hlenů i postižené tkáně k určení typu onemocnění a tím i ke správné léčbě. Dle aktuálního nálezu v některých případech současně i provedení léčebných zákroků jako například odstranění cizích těles, odsátí vazkých hlenů, stavění krvácení.

Možná rizika zvoleného výkonu**Možné komplikace:**

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou: ● krvácení z dýchacích cest, ● zhoršení dechu, ● přechodné zvýšení teploty a alergie na podanou utišující injekci nebo znecitlivující látku, tyto komplikace jsou vzácné

Následky výkonu

Trvalé následky samotné bronchoskopie nebývají. Vyšetření lze v případě potřeby provádět i opakovaně k léčbě nebo sledování vývoje nemoci.

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

Vzor vyplnění:	ZAKROUŽKUJTE správnou odpověď!!	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?		ANO	NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?		ANO	NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění? Přecitlivělost na léky, které?		ANO	NE
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým?		ANO	NE
5. Jste těhotná?		ANO	NE

V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o výkonu prováděném v Odborném léčebném ústavu Albertinum Žamberk.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta(tky)

Jméno příjmení lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení	Podpis lékaře(řky), který(á) provedl(a) poučení

Jméno a příjmení lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Podpis lékaře(řky), provádějícího(cí) výkon	Datum:	Hodina