

Informovaný souhlas s inhalačním bronchokonstrikčním testem

Jméno pacienta:
Rodné číslo:

Jméno Příjmení
000000000

Definice: Bronchokonstrikční test slouží k průkazu přítomnosti a stupně bronchiální (průduškové) hyperreaktivitu.

Cíl a důvod výkonu: Cílem bronchokonstrikčního testu je určit přítomnost a stupeň bronchiální hyperreaktivitu (zvýšené schopnosti průdušek měnit svůj průsvit) a provádí se inhalačně podávanými bronchokonstrikčními stimuly (látky, která na rozdíl od zdravého jedince vyvolává u astmatika zúžení průsvitu průdušek). Provádí se nejčastěji při podezření na průduškové astma a zjednodušeně lze říci, že jeho snahou je uměle vyvolat astmatickou dušnost v laboratorních podmínkách. Bronchokonstrikční stimuly lze dělit na přímé a nepřímé, v praxi se v naprosté většině používají stimuly přímé (účinkují přímo na hladké svaly v dýchacích cestách), nejčastěji metacholin nebo histamin.

Alternativy k výkonu: Bronchiální hyperreaktivita lze testovat i fyzickou zátěží, ale zátěžové testy mají k jejímu průkazu velmi malou citlivost a proto se, přinejmenším u dospělých, prakticky nepoužívají.

Příprava před výkonem: Pacient je pozván na smlouvanou dobu k vyšetření a obvykle je již při objednání požádán, aby neužíval ranní léky, byl nalačno, nebo jen po lehkém jídle a pokud možno od půlnoci nekouřil. Před vyšetřením musí být v klidu přibližně 15 minut. Zdravotnickým personálem je požádán, aby sdělil všechny léky, které pravidelně užívá a jakými alergiemi trpí. Personál se dále zaměří na vyloučení všech kontraindikací testu, mezi které patří: těžká bronchiální obstrukce, srdeční infarkt či v cévní mozková příhoda před méně než 3 měsíci, nekorigovaná hypertenze (vysoký krevní tlak), známé aneurysma aorty (výduť srdečnice), nedávná infekce dýchacích cest, gravidita a kojení, léčba inhibitory cholinesterázy, celkový těžký stav pacienta.

Postup při výkonu: Výkon začíná měřením plicních funkcí, nejčastěji spirometrií, v méně častých případech, zejména při omezené spolupráci vyšetřovaného, impulsní oscilometrií či bodypletysmografií. V případě spirometrie je pacient při nasazeném nosním klipu požádán, aby dýchal do náustku spirometru, poté dle instrukcí personálu provede klidný úplný výdech, následovaný maximálním nádechem a usilovným výdechem. Tento manévr se obvykle opakuje několikrát do té doby, než je dosaženo kvalitního a opakovatelného výsledku. Následně je pacient požádán, aby inhaloval (obvykle přes náustek) určité množství látky z nebulizátoru, přičemž doba inhalace záleží na použité metodice. Při použití dozimetrického inhalátoru je doba inhalace krátká, zatímco při použití Venturiho nebulizátoru trvá inhalace 2 minuty. Nebulizace se několikrát opakuje se zvyšující se koncentrací, případně dávkou, látky, přičemž mezi každou inhalací se opakuje spirometrické vyšetření k hodnocení efektu inhalované látky. Test končí při dosažení maximální koncentrace (nebo dávky) testované látky nebo v okamžiku, kdy pacient udává obtíže (obvykle dušnost), případně když se hodnoty spirometrie oproti vstupnímu vyšetření významně zhorší. V takovém případě je, opět inhalačně, podána látka rozšiřující průdušky, tak aby byla reakce provokující látky zvrácena. Test trvá obvykle 30 minut až 1 hodinu.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: Pakliže nedojde k žádné reakci a test je tudíž negativní, pacient vyčká sepsání výsledku testu a bez jakýchkoliv omezení může opustit ordinaci. V případě pozitivitu testu je podán bronchodilatační lék, vyčkáno návratu průsvitu průdušek do původního stavu a pacient může bez jakýchkoliv omezení opustit ordinaci.

Možné komplikace a následující rizika: Inhalace aerosolu může vyvolat dušnost, kašel, tíhu až na hrudi, pískoty, bolest hlavy nebo zastření hlasu. Pokud se příznaky objeví, obvykle trvají několik minut a vymizí po inhalaci bronchodilatačního léku. Dráždivý kašel může přetrvávat ještě několik hodin po ukončení testu, ale vymizí spontánně. Pravděpodobnost vážnějšího zúžení dýchacích cest je velice malá. Pokud tato situace nastane, je pacient ihned léčen.

Datum:

Jméno lékaře: MUDr. Jan Chlumský Ph.D.

Podpis lékaře:

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

1. Přečtěte si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.
4. Odpovězte, prosím, na následující otázky.

V současné době užívám pravidelně následující léky:

.....

.....

V posledních 3 měsících jsem prodělal srdeční infarkt nebo cévní mozkovou příhodu:

ANO

NE

V posledním měsíci jsem prodělal infekci dýchacích cest:

ANO

NE

Jsem těhotná/kojím:

ANO

NE

Jsem sledován pro epilepsii:

ANO

NE

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Svě rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval
- souhlas se pokládá za informovaný také v případech, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám

Souhlasím s poskytnutím informací:

Datum:

Podpis pacienta:

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):

A) Jméno svědka (zdravotnický pracovník):

Podpis:

Datum:

B) Jméno svědka:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Číslo OP:

Podpis:

Datum: