

**Informovaný souhlas pacienta
s reexpozičním bronchomotorickým testem na pracovišti vyšetřovaného**

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

Název výkonu

Reexpoziční bronchomotorický test na pracovišti vyšetřovaného

Účel výkonu

Reexpoziční bronchomotorické testy se používají v diagnostice profesionálního průduškového astmatu. Slouží k průkazu příčinné souvislosti mezi působením podezřelé látky z pracoviště a náhlým zúžením průdušek. Test je prováděn přímo na pracovišti vyšetřovaného pacienta.

Povaha výkonu

Princípem je sledování obtíží, fyzikálního nálezu na plicích a především plicních funkcí pomocí spirometru před pracovním procesem, v jeho průběhu a po jeho ukončení.

Předpokládaný prospěch výkonu

Ověření profesionality průduškového astmatu.

Alternativa výkonu

Někdy je možné, že pacient inhaluje prach, aerosol či páry materiálu přineseného z pracoviště – je simulováno pracovní prostředí ve zdravotnickém zařízení.

Za určitých okolností je možno provést bronchomotorický test v laboratorních podmínkách, kdy je v uzavřeném okruhu do přístroje vdechován přímo vytypovaný, předem laboratorně připravený, aerosol s přesným obsahem podezřelé vyvolávající látky.

Následky výkonu

Po jeho průkazu stažení průdušek je podán přípravek na jejich uvolnění. Pacient je ještě do dalšího dne sledován na nemocničním lůžku. Trvalé následky nejsou.

Možná rizika zvoleného výkonu

Při respektování kontraindikací výkonu není riziko velké, nicméně očekávaným pozitivním výsledkem je stažení (spasmus) průdušek. K průkazu postačí pokles základního spirometrického parametru o 20 % původní hodnoty. Prudší alergické reakce jsou naprostou výjimkou, pracoviště je na možnou nežádoucí reakci vybaveno.

Souhlas:**Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte**

Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl jsem informován 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 jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem 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 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 k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
- že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb.	ANO	NE
- že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta

Jméno a příjmení lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře(řky), který(á) podal(a) informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina