

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581, Hradec Králové

Ústav klinické imunologie a

alergologie

IČO 00179906

Informovaný souhlas pacienta s provedením bronchoprovokačního testu

Vážená paní/vážený pane,

k vyšetření průduškové dráždivosti (hyperreaktivity), které Vám lékař doporučil, je třeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění Vašeho rozhodnutí Vás v tomto textu informujeme o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích plánovaného vyšetření.

Důvod vyšetření:

Průdušková hyperreaktivita je stav, kdy dýchací cesty reagují nadměrně na nejrůznější podněty.

Výslednou reakcí může být zúžení dýchacích cest provázené pocitem dušnosti, kašlem a tísní na hrudi.

Látka, kterou se Vám chystáme podat (vdechovaný metacholin), má za účel vyšetřit Vaši průduškovou hyperreaktivitu. Zdravý člověk po inhalaci této látky nepocítí žádnou změnu stavu. U pacienta s průduškovou hyperreaktivitou dochází k významnějšímu zúžení průdušek, které se projeví kašlem, zhoršením dušnosti. V okamžiku, kdy dojde k rozvoji těchto obtíží, je další aplikace metacholinu přerušena a následně vdechujete látku, která zcela ruší jeho účinky. Test trvá obvykle 1 hodinu.

Vyšetření provádíme v rámci diferenciální diagnostiky u kašle, dušnosti, monitorování průběhu léčby (aktivita nemoci, vliv léčby), pro posudkové nebo výzkumné účely. Tento typ vyšetření nemá jinou alternativu.

Kontraindikace testu:

Infarkt myokardu či cévní mozková příhoda v posledních 3 měsících, aortální aneurysma. Další kontraindikací testu je těžké zúžení průdušek (FEV1 <50 % náležité hodnoty nebo <1,0 l), nekontrolovaná hypertenze (systolický TK >200 nebo diastolický TK > 100).

Příprava k vyšetření:

Prosíme, k vyšetření se dostavte pouze v případě, pokud jste v posledních 3 týdnech neprodělal/a infekční onemocnění dýchacích cest. Pokud ano, přeobjednejte se na tel. c. 495 832 104.

Od rána v den vyšetření nekuřte, neměť/a byste požit kávu, čaj, Coca-colu, čokoládu. Není nutné být na lačno. Aby nebylo vyšetření zkresleno, je nutné přechodně pozměnit Vaši medikaci (pokud neurčí Váš ošetřující lékař jinak) takto:

Vdechované kortikoidy vysadte 1 měsíc před testem

Antihistaminika v tabletách (protialergické léky) vysadte 3-5 dní před testem

Singulair tbl. vysadte 24 hod před vyšetřením

Tilade spray vysadte 48 hod před vyšetřením

Léky rozšiřující průdušky - tzv. methylxantiny (např. Euphylin, Theoplus, Afonilum **tbl.**)

vysadte 24 hod před vyšetřením

Další léky po domluvě s lékařem

Pokud však provádíme test k ověření efektu léku, budou léky ponechány.

Vlastní postup při vyšetření:

Během vyšetření je důležitá Vaše dobrá spolupráce. V opačném případě mohou být výsledky vyšetření zkresleny. Na úvod provedeme základní vyšetření plicních funkcí (spirometrie).

Vlastní vyšetření zahájíme inhalací nejnižší koncentrace metacholinu. Poté provedeme spirometrické vyšetření, které lékař vyhodnotí. Pokud nedojde k výraznějšímu poklesu hodnot plicních funkcí, budete pokračovat inhalací vyšší dávky metacholinu. Jednotlivé kroky se opakují až do dosažení nejvyšší dávky metacholinu nebo lékař ukončí vyšetření po inhalaci dávky, která způsobila pokles hodnot plicních funkcí. Následně budete vdechovat lék, který rozšiřuje průdušky a ruší působení metacholinu. Na naší ambulanci budete po dobu 30 minut pod kontrolou. Vyšetření je ukončeno závěrečnou spirometrií.

Možné komplikace:

Během vyšetření můžete pociťovat ztížené dýchání, tíseň na hrudi, kašel, škrábání nebo pálení v krku. Během vdechování metacholinu se mohou objevit mírné závratě. Opuštění našeho pracoviště je možné až po úpravě Vašeho stavu a hodnot plicních funkcí. Závažné život ohrožující komplikace nebyly u tohoto vyšetření zaznamenány.

Po úpravě Vašeho zdravotního stavu byste neměl/a být omezen/a ve Vaší pracovní schopnosti.

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a s mým zdravotním stavem a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a s podstatou a provedením bronchoprovokačního testu. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby dnev.....hod.

.....
Podpis zákonného zástupce
(je-li třeba)

.....
Podpis pacienta/tky

.....
Jmenovka a podpis lékaře/řky

Hradec Králové dnev..... hod.