

## Bronchokonstrikční test zátěží

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o bronchokonstrikčním testu zátěží. Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je bronchokonstrikční test zátěží:

Test je základním a jednoduchým vyšetřením k určení dráždivosti průdušek a jejich reakci na podnět, který může vést k jejich zúžení.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem bronchokonstrikčního testu zátěží je určení dráždivosti Vašich průdušek, přičemž toto určení může vést k určení diagnózy.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

V den před vyšetřením a v den vyšetření se vyvarujte zvýšené námaze či sportovní činnosti. Před vyšetřením můžete jíst i pít, léky užíjte podle doporučení Vašeho lékaře. 24 hodin před vyšetřením nekuřte. K vyšetření si můžete vzít ručník na otření potu a nápoj ke zlepšení hydratace po zátěži. Vezměte si sportovní kalhoty (tepláky) a pevnou, nejlépe sportovní obuv.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Účelem výkonu je měření ventilačních plicních parametrů spirometrií v klidu a posléze po zátěži 6minutovým během venku nebo 6minutovou jízdou na rotopedu ve vyšetřovně. Poté Vám bude podán úlevový lék, který rozšiřuje dýchací cesty a upravuje jejich případně navozenou sníženou průchodnost k úvodním hodnotám. Po 30 minutách bude provedeno závěrečné měření ventilačních plicních funkcí spirometrií. Během měření ventilačních plicních funkcí dýchejte, prosím, podle pokynů zdravotní sestry. Během zákroku bude zároveň neinvazivně oxymetrem měřeno okysličení krve přístrojem na prstu ruky a prováděno poslechové vyšetření plic a změření krevního tlaku a tepové frekvence.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Může dojít ke zkrácení dechu, dušnosti, kašli, pocitu tíhy na hrudi, vzniku pískotů v dýchacích cestách, zastření hlasu, ojediněle vzniku bolesti hlavy, závratí. Pokud se příznaky objeví, trvají pár minut, vymizí po podání úlevového léku. Riziko závažnějšího

zúžení dýchacích cest je minimální, pokud by nastalo, budete ihned léčeni inhalací léků nebo podáním léků nitrožilně či podkožně. V případě alergické reakce na podané léky budete taktéž ihned adekvátně léčeni léky nebo injekcemi. Samotné podání úlevového léku může v ojedinělých případech vést k zúžení průdušek, kašli, třesu prstů, bolesti hlavy.

### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

V den vyšetření se vyvarujte zvýšené námaze, sportovní činnosti, nekuřte, nepijte alkohol. V den vyšetření můžete jíst i pít, užívané léky užíjte podle doporučení lékaře.

### **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Alternativou je provedení bronchoprovokačního testu inhalací metacholinu, který je náročnější.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětluje pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře