

## Bronchoprovokační test inhalací metacholinu

### 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 bronchoprovokačním testu inhalací metacholinu.

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 bronchoprovokační test inhalací metacholinu:

Vyšetření ventilačních parametrů spirometrií v klidu, následně opakovaně po opakovaných inhalacích určitého množství aerosolu – metacholinu.

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

Důvodem testu je podezření na onemocnění průdušek. Smyslem testu je určit přítomnost a stupeň dráždivosti průdušek, podle výsledku testu určit nebo přizpůsobit léčbu.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před vyšetřením můžete jíst a pít. 24 hod před vyšetřením nekuřte. Léky, včetně inhalačních, užíjte podle doporučení Vašeho lékaře.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Test spočívá v provedení vyšetření ventilačních parametrů spirometrií v klidu, následně opakovaně po opakovaných inhalacích určitého množství aerosolu o určité koncentraci testovací látky – metacholinu, maximálně do dávky 8 mg. Testovací látka je podávána zařízením – nebulizátorem, přičemž ji inhalujete ústy. Po každém podání metacholinu je provedena spirometrie. Poté je podán úlevový lék, který odstraní případné navozené zúžení dýchacích cest, se závěrečnou spirometrií za 30 minut. Spirometrii a inhalaci testovací látky provádíte podle pokynů zdravotní sestry.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Inhalace metacholinu může vést 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, tato raritní komplikace může vést k hospitalizaci, pracovní neschopnosti. Samotné podání úlevového léku může v ojedinělých případech vést ke kašli, dušnosti, třesu prstů, bolesti hlavy, suchu v ústech.

## Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V den vyšetření se vyvarujte zvýšené námaze, sportovní činnosti. V den vyšetření nekuřte, nepijte alkohol.

## Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Nejsou alternativy.

## Anamnestické údaje před výkonem:

Uveďte, prosím, seznam všech léků, které jste v předchozích 3 dnech užívali v souvislosti s některým z následujících onemocnění: bronchiální astma, horečka, onemocnění srdce, vysoký krevní tlak, alergie nebo žaludeční potíže. Uveďte vždy počet hodin nebo dní, které uplynuly od požití poslední dávky daného léčivého přípravku.

Název léčivého přípravku :

Datum a doba poslední dávky:

- 1 .....
- 2 .....
- 3 .....
- 4 .....
- 5 .....

Bylo Vám někdy lékařem stanoveno onemocnění astmatu?

Ano  Ne

Byl/a jste někdy kvůli astmatu hospitalizován/a?

Ano  Ne

Trpěl/a jste během dětství opakovanými záchvaty kašle,  
či infekcemi dýchacích cest?

Ano  Ne

Vyskytly se u Vás během posledních dvou let příznaky, jako  
jsou pískoty, či pocit dušnosti?

Ano  Ne

Pokud kouříte, kdy jste si naposledy zapálil/a? .....

Prodělal(a) jste v posledních 6 týdnech infekční onemocnění  
dýchacích cest?

Ano  Ne

Prodělal/a jste v posledních 3 měsících srdeční infarkt  
nebo mozkovou mrtvici?

Ano  Ne

Trpíte vysokým krevním tlakem?

Ano  Ne

Trpíte aneurysmatem (výdutí) aorty ?

Ano  Ne

Prodělal/a jste v poslední době operaci očí?

Ano  Ne

Pro ženy: Jste těhotná nebo kojíte?

Ano  Ne

**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 vysvětlující 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