

Souhlas s účastí v projektu Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci

Vážená paní, vážený pane,

Váš lékař Vám nabízí účast v projektu Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci, a to na základě splnění vstupních kritérií, které od Vás zjistil. Tento projekt je realizován proto, abychom zvýšili záchyt chronické obstrukční plicní nemoci, což má zásadní význam na zpomalení či zastavení těžkého postižení plic.

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je závažné plicní onemocnění, které je charakterizované trvalou a postupující poruchou průchodnosti dolních dýchacích cest. Onemocnění se projevuje kašlem, vykašláváním hlenu a zhoršující se dušností, postupně vede ke zhoršenému zvládnutí fyzické zátěže a zásadně omezuje aktivity denního života. Pacienti se bez včasné lékařské diagnózy a příslušné léčby dopracovávají k těžkým strukturálním známkám nevratného postižení plic.

Vyšetření, které je Vám nyní nabízeno, se skládá z vyplnění dvou dotazníků a provedení funkčního vyšetření plic pomocí tří po sobě následujících testů. Tyto testy jsou schopné přesně popsat nejen přítomnost onemocnění CHOPN, ale i určit její závažnost a orientačně i typ postižení. Plicní lékař poté dále zhodnotí potřebu dalších klinických vyšetření, jako např. vyšetření krve apod. Všechna vyšetření Vám budou podrobně vysvětlena Vaším lékařem.

Abychom mohli řádně projekt vyhodnotit, budeme v rámci projektu shromažďovat Vaše osobní údaje, se kterými bude nakládáno, jak je uvedeno v dokumentu Souhlas se zpracováním osobních údajů. Všechny osoby, které budou mít přístup k Vaším údajům, jsou vázány povinnou mlčenlivostí. Zveřejnění výsledků projektu bude provedeno souhrnně, tedy bez jakýchkoli individuálních údajů zapojených osob.

Zkušenosti s vyšetřováním u plicního lékaře, nám pomohou zjistit, zdali tento systém rozšířit v celé ČR.

Jméno a příjmení (hůlkovým písmem):

Datum narození

Adresa trvalého pobytu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí v projektu Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci.

MUDr...... **Podpis**.....

mne podrobně a srozumitelně informoval/a o podstatě, smyslu a rozsahu projektu. Přečetl/a jsem si výše uvedené informace a rozumím jim. Měl/a jsem možnost zeptat se na vše, co pokládám za podstatné. Své svolení dávám dobrovolně.

Datum..... **Podpis**.....

Děkujeme Vám za účast v tomto preventivním projektu.