

Opća bolnica Pula  
Djelatnost za unutarnje bolesti  
Odjel za bolesti probavnog sustava

## **OBAVIJEST BOLESNIKU O EZOFAGOGASTROSKOPIJI**

Gastroskopiya je dijagnostička metoda koja se koristi za pregled sluznice jednjaka, želuca i dvanaestnika s pomoću savitljivog instrumenta, gastroskopa.

Ova pretraga omogućava slikanje navedenih organa, odstranjenje polipa, biopsije (uzimanje djelića tkiva za mikroskopski pregled), zaustavljanje krvarenja iz stjenke i širenje suženih dijelova jednjaka.

Prije pretrage bolesnik ne smije ništa jesti za doručak, a večerati lagano kako bi želudac bio slobodan od hrane. Time se omogućuje pregled cijele sluznice i smanjuje opasnost od povraćanja.

Pretraga se izvodi tako da se gastroskop (savitljiva mekana cijev) uvede kroz usta u jednjak. Obično traje nekoliko minuta. Bolesnici je uglavnom izdrže bez problema, a osjetljiviji mogu prije zahvata primiti umirujuća sredstva.

Gastroskopiya je sigurna pretraga, no u rijetkim slučajevima mogu se pojaviti komplikacije;

- Alergijska reakcija na lokalni anestetik
- Perforacija jednjaka, želuca ili dvanaestnika
- Infekcija vrata, prsišta ili trbušne šupljine kao posljedica perforacije
- Infekcija dobivena preko gastroskopa ( hepatitis B i C, HIV)
- Krvarenje, posebice nakon odstranjenja polipa
- Upala pluća nakon udisanja povraćanog sadržaja
- Srčani infarkt i zastoj, poremećaji srčanog ritma (krajnje rjeđe komplikacije)
- Pad tlaka

Poseban oprez je potreban u slijedećim slučajevima:

- Trudnoća i dojenje
- Teška srčana, plućna i bubrežna bolest, šećerna bolest
- AIDS
- Bolesti srčanih zalistaka, umjetni zalisci i prenosnice
- Poremećaji zgrušavanja krvi i kada uzimate Marivarin, Pelentan, Aspirin, Andol ili lijekove za reumatske tegobe ( liječnik će vas uputiti da privremeno prekinete uzimanje navedenih lijekova)
- Alergija na neki lijek

OPĆA BOLNICA PULA  
Djelatnost za unutarnje bolesti  
Odjel za bolesti probavnog sustava

U Puli, dana \_\_\_\_\_

### INFORMIRANI PRISTANAK ZA EZOFAGOGASTROSKOPIJU

Obaviješten(a) sam o prirodi bolesti zbog koje se trebam podvrgnuti ovom zahvatu, drugim mogućnostima pretraga i liječenja. Imao(la) sam priliku postaviti pitanja i dobiti zadovoljavajuće odgovore. Svjestan(na) sam mogućnosti odbijanja ovog zahvata

1. **PRISTAJEM** da mi dr. \_\_\_\_\_ ili drugi liječnik učini ezofagogastroskopiju uključujući i dodatne terapijske zahvate tijekom pretrage kao uklanjanje polipa, zaustavljanje krvarenja, elektrokoagulacija, uzimanje biopsije, slikanje unutrašnjosti jednjaka, želuca i dvanaestnika.
2. Obaviješten(a) sam da su moguće komplikacije pretrage: infekcija, krvarenje, puknuće jednjaka i želuca, reakcija na lijekove
3. Obaviješten(a) sam da je tijekom ili nakon ovog zahvata moguća teška komplikacija, čak i smrt poznatog ili nepoznatog uzroka.
4. Objašnjene su mi alternativne mogućnosti liječenja ili dijagnostike
5. Obaviješten(a) sam i pristajem na mogućnosti da se tkiva koja se uzmu tijekom zahvata dalje ispituju i šalju na pretrage u duge ustanove.
6. Pristajem na primjenu lokalnog anestetika i sedativnih lijekova kada je to potrebno.

Svojim potpisom dolje , potvrđujem da sam pročitao(la) i u potpunosti razumio(la) ovaj dokument.

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime tiskanim slovima

\_\_\_\_\_  
Datum rođenja

\_\_\_\_\_  
Potpis

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime roditelja/skrbnika

\_\_\_\_\_  
Datum rođenja

\_\_\_\_\_  
Potpis

Ovime potvrđujem da je bolesnik/roditelj/skrbnik izjavio u mom prisustvu da je dobio objašnjenje u svezi svrhe, koristi, razumno predvidljivog rizika zahvata, alternativnih mogućnosti , da je dobio tražene odgovore i dao svoj pristanak.

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime liječnika

\_\_\_\_\_  
Potpis

Upoznat(a) sam s rizicima ovog medicinskog postupka i svjestan(a) sam dobiti koju mogu imati provođenjem istog, svojim potpisom potvrđujem da **ODBIJAM dati PRISTANAK** za ezofagogastroskopiju.

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime

\_\_\_\_\_  
Ime i prezime roditelja/skrbnika

\_\_\_\_\_  
Potpis