

Opća bolnicaPula
Djelatnost za unutarnje bolesti
Odjel za bolesti probavnog sustava

OBAVIJEST BOLESNIKU O KOLONOSKOPIJI

Kolonoskopija je dijagnostička metoda koja se koristi za pregled sluznice debelog crijeva pomoću savitljivog instrumenta, kolonoskopa.

Osim pregleda, ova pretraga omogućava slikanje sluznice, odstranjenje polipa, biopsije (uzimanje djelića tkiva za mikroskopski pregled), zaustavljanje krvarenja, proširenje suženja debelog crijeva.

Prije pretrage bolesnik se mora pripremiti za pretragu, što uključuje prehranu i uzimanje lijekova za pražnjenje crijeva prema dobivenoj uputi.

Ukoliko niste dobro pripremljeni, pregled se mora odgoditi ili ponavljati.

Kolonoskopija može biti umjereno bolna pretraga. Tijekom pretrage možete osjetiti napuhavanje, pritisak ili grčeve. Prije pretrage možete dobiti lijekove za smirenje i protiv bolova kako biste izdržali pregled.

Tijekom pretrage bolesnik leži na boku, a kolonoskop se kroz analni otvor uvodi u debelo crijevo. Pretraga obično traje 15 do 60 minuta. Ponekad se NE može učiniti pregled CIJELOG debelog crijeva. Tada će endoskopičar odlučiti je li pregledani dio crijeva dostatan.

Nakon kolonoskopije liječnik će vam objasniti rezultat pretrage. Ukoliko ste primili lijekove za smirenje i protiv bolova, a zahvat je učinjen ambulantno, pratnja Vas mora odvesti kući zbog nemogućnosti upravljanja vozilom.

Kolonoskopija je sigurna pretraga, no u rijetkim slučajevima moguće su komplikacije:

- Nuspojave na lijekove koji se primaju prije pretrage
- Perforacija debelog crijeva
- Infekcija trbušne šupljine kao posljedica perforacije
- Krvarenje nakon odstranjenja polipa, koje može zahtijevati hospitalizaciju, transfuziju krvi pa i operaciju.
- Infekcija prenesena preko kolonoskopa (hepatitis B i C, HIV)
- Ozljeda slezene
- Srčani infarkt i zastoj, poremećaji srčanog ritma, 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 premosnice
- Poremećaj zgrušavanja krvi i kada uzimate Marivarin, Pelentan, Aspirin, Andol , lijekove za reumatske tegobe i preparate željeza (Liječnik će Vas uputiti da privremeno prekinete uzimanje tih lijekova)

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

U Puli, dana _____

INFORMIRANI PRISTANAK ZA KOLONOSKOPIJU

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 kolonoskopiju uključujući i dodatne terapijske zahvate tijekom pretrage kao uklanjanje polipa, zaustavljanje krvarenja, uzimanje biopsije, slikanje unutrašnjosti debelog crijeva.
2. Obaviješten(a) sam da su moguće komplikacije pretrage: infekcija, krvarenje, puknuće debelog crijeva, 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 analgetika 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 dobrobiti koju mogu imati provođenjem istog, svojim potpisom potvrđujem da **ODBIJAM dati PRISTANAK za kolonoskopiju.**

Ime i prezime Ime i prezime roditelja/skrbnika Potpis

