

Opća bolnica Pula
Djelatnost za radiologiju

U Puli, dana _____

INFORMIRANI PRISTANAK ZA PRIMANJE KONTRASTNOG SREDSTVA

Dr. _____ (ili njegov/njezin pomoćnik) ima moju dozvolu da injicira kontrastno sredstvo kroz krvnu žilu tijekom:

- CT** (kompjutorizirane tomografije)
- IVU** (intravenske urografije)
- IVK** (intravenske kolecistografije)
- angiografije**
- flebografije**

Rečeno mi je da ukoliko kontrast uđe u tkivo oko vene, može izazvati oticanje i štetiti tkivu. Stoga ću odmah dati osoblju do znanja ukoliko osjetim bol tijekom injiciranja kontrasta.

Objašnjeno mi je da se kontrast daje intravenski radi dobivanja dijagnostičkih informacija većeg stupnja sigurnosti i boljeg razlučivanja zdravog od bolesnog tkiva. Objasnjene su mi moguće neželjene smetnje i rizik od primjene kontrasta:

Blage smetnje: topli osjećaj kroz tijelo, metalni okus u ustima, mučnina i moguće povraćanje, lagana alergija i osip, izlazak kontrasta uz venu u meka tkiva, hematoma na mjestu punkcije vene

Rijetke i umjereno teške smetnje: smetnje disanja (kratak dah), oticanje lica, smanjena funkcija bubrega (od značenja ukoliko već imate bubrežnu bolest)
Prilikom **angiografija** moguća je i : ozljeda arterije, začepljenje arterije, veći hematomi sa pseudoaneurizmom na mjestu punkcije arterije, alergijska reakcija na metalnu potporu arterija «stentove»

Rijetke i teške smetnje: teška alergijska reakcija na lokalni anestetik i/ili kontrast koja može završiti smrtno

Konačno, rečeno mi je da postoje drugi (alternativni) putovi dobivanja informacija i to su: isti test istom metodom bez kontrastnog sredstva, čime pregled nešto manje precizan ili druge metode

Pristajem izložiti se zračenju uz odgovarajuću zaštitu i prihvaćam moguća oštećenja zdravog tkiva izazvana zračenjem.

Samo za žene: Nemam razloga vjerovati da sam sada trudna i svjesna sam mogućeg rizika za dijete ako sam trudna za vrijeme pretrage.

Svojim potpisom dolje, potvrđujem da sam pročitao/la i razumio/la informacije. Imao/la sam priliku postaviti pitanja i dobiti zadovoljavajuće odgovore. Potvrđujem da mi nisu dane nikakve garancije u svezi rezultata dobivenih upotrebom kontrastnog sredstva.

Ime i prezime tiskanim slovima Datum rođenja Potpis

Ime i prezime roditelja (staratelja) Datum rođenja Potpis

Ovime potvrđujem da je bolesnik/roditelj/staratelj izjavio u mom prisustvu da je dobio objašnjenje u svezi prirode, svrhe, koristi, razumno predvidljivog rizika, alternativa upotrebi intravenskog kontrastnog sredstva, da je dobio tražene odgovore i dao svoj pristanak.

Ime i prezime liječnika tiskanim slovima Potpis liječnika

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 primanje kontrastnog sredstva.**

Ime i prezime Ime i prezime roditelja/skrbnika Potpis