

Opća bolnica Pula
Djelatnost za kirurške bolesti
Odjel Urologije

OBAVIJEST BOLESNIKU O CISTOSKOPIJI

Sukladno važećem Zakonu o zaštiti prava pacijenata, o svakom medicinskom postupku koji se radi, pacijent mora biti detaljno upoznat s pripremom, tijekom i eventualnim komplikacijama koje proizlaze iz istoga.

Cistoskopija je dijagnostička pretraga kod koje se pomoću **optičkog instrumenta** (metalni instrument u obliku sonde s kamerom), pregledava **sluznica mokraćne cijevi**(uretra) i **mokraćnog mjehura**.

Cistoskopija se još zove i uroendoskopija, uretrocistoskopija.

Cilj pretrage jest pregled sluznice mokraćne cijevi ili uretre odnosno mokraćnog mjehura. Pretraga se radi u slučaju krvarenja sa urinom ili smetnji mokrenja uzrokovanih raznim razlozima koje otkrivamo ovom pretragom.

Prije pretrage potrebno je da se pacijent pripremi za zahvat. Vanjsko spolovilo mora se detaljno oprati jutro prije pregleda. Potrebno je uzimati dovoljno tekućine. Također u dogovoru s liječnikom na vrijeme je potrebno prekinuti uzimanje lijekova koji utječu na zgrušavanje krvi (Aspirin, Andol, Marivarin i slično).

Vrlo je važno naglasiti da pacijent mora kazati liječniku ukoliko je nositelj virusa hepatitisa B, C, D i E ili HIV virusa. Ukoliko ima tešku srčanu, bubrežnu ili plućnu bolest, ili dijabetes (šećerna bolest).

Pretraga se izvodi u tzv. litotomijskom ili ginekološkom položaju. Neposredno prije pregleda medicinska sestra pere cijelu regiju sa antiseptičkom otopinom. Nakon toga liječnik aplicira gel u mokraćnu cijev. To se radi u cilju analgezije odnosno smanjenja bolova te olakšanja izvođenja pretrage .

Tijekom pretrage pacijent osjeća izvjestan stupanj nelagode i bolova, međutim kod većine pacijenata pretraga je izvediva bez većih bolova i poteškoća. Vrlo mali broj pacijenata zbog uznapredovalosti promjena ili anatomskih malformacija zahtijeva hospitalizaciju i anesteziju . U tim slučajevima liječnik odustaje od pretrage uz upoznavanje pacijenta sa navedenim procedurama.

U iznimnim situacijama tijekom pretrage se može učiniti biopsija točnije uzimanje dijela sumnjivog tkiva za analizu (mikroskopsku i patohistološku). Također se iznimno može učiniti i zaustavljanje krvarenja tzv. elektrokoagulacija. O navedenim postupcima liječnik upozna je pacijenta tijekom pretrage.

Komplikacije navedene pretrage su:

- moguće krvarenje iz mokraćne cijevi ili mokraćnog mjehura
- infekcija mokraćnog sustava
- perforacija mokraćne cijevi ili mjehura
- nuspojave na lijekove koje dobiva tijekom pretrage
- srčani infarkt, poremećaj rada srca te srčani zastoj i pad tlaka kao najteža i najrjeđa komplikacija

Pretraga se izvodi ambulantno, iznimno zahtijeva ostanak u bolnici.

OPĆA BOLNICA PULA
Djelatnost za kirurške bolesti
Odjel Urologije

U Puli, dana _____

INFORMIRANI PRISTANAK ZA CISTOSKOPIJU

Obaviješten (a) sam o razlozima zbog kojih se trebam podvrgnuti cistoskopiji. Na razumljiv način sam upoznat(a) s tom pretragom, rizicima i mogućim neugodama. Imao(la) sam priliku pročitati «Upute bolesniku», postaviti pitanja i dobiti zadovoljavajuće odgovore.

Svjestan(na) sam i mogućnosti odbijanja ovog zahvata.

1. **PRISTAJEM** da mi liječnik učini cistoskopiju uključujući i dodatne terapijske zahvate tijekom pretrage (zaustavljanje krvarenja, uzimanje materijala za biopsiju, slikanje unutrašnjosti mokraćnog mjehura)
2. Obaviješten(a) sam o svim mogućim komplikacijama navedenog zahvata (infekcija, krvarenje, perforacija, srčani zastoj, reakcija na lijekove).
3. Objašnjene su mi detaljno i druge dijagnostičke mogućnosti .
4. Obaviješten(a) sam i pristajem na mogućnost da se tkiva koja se uzmu tijekom zahvata šalju na analizu i u druge ustanove
5. Pristajem na primjenu svih potrebitih lijekova

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

ime i prezime (tiskana slova)

datum rođenja

potpis

ime i prezime roditelj / skrbnik

datum rođenja

potpis

Ovime potvrđujem da je bolesnik (roditelj ili skrbnik)izjavio u mome prisustvu da je dobio objašnjenje u svezi svrhe ,koristi i razumno predvidljivog rizika zahvata, drugih dijagnostičkih mogućnosti te 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** na cistoskopiju.

Ime i prezime

Ime i prezime roditelja/skrbnika

Potpis