

Opća bolnica Pula
Djelatnost za radiologiju

U Puli, dana _____

INFORMIRANI PRISTANAK ZA PRIMANJE KONTRASTNOG SREDSTVA I ZVOĐENJE MIJELOGRAFIJE

Dr. _____ (ili njegov/njezin pomoćnik) ima moju dozvolu da injicira kontrastno sredstvo kroz iglu tijekom lumbalne punkcije.

- CT mijelografija**
- Mijelografija**

Rečeno mi je da se kontrast daje putem lumbalne punkcije ležeći na boku ili sjedeći sa preduzetim mjerama sterilnosti i čistoće. Igle su tanke savitljive jer se time smanjuju moguće komplikacije od neizbježnog uboda tj. prolaženja kroz ovojnice kralješničkog kanala.

Objašnjeno mi je zašto se daje kontrast lumbalnom punkcijom : radi dobivanja dijagnostičkih informacija većeg stupnja sigurnosti i prikaza ovojnica živaca i njihove površine te radi boljeg razlučivanja zdravog od bolesnog tkiva. Injicirani kontrast može izazvati alergiju ili pogoršati moje stanje radi preosjetljivosti na kontrast. Objasnjene su mi moguće neželjene smetnje i rizik od primjene kontrasta:

Rijetke i umjereno teške smetnje:

- smetnje disanja (kratak dah)
- smanjena funkcija bubrega (od značenja ukoliko već imate bubrežnu bolest)
- glavobolja

Prilikom punkcije i nakon mijelografije moguća je :

- ozljeda živaca i /ili kralješnične moždine
- ozljeda spinalnih vena
- ozljeda spinalnih arterija
- glavobolja

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) put dobivanja informacija koji nije invazivan i gotovo u potpunosti zamjenjuje mijelografiju a to je **MR**-magnetna rezonancija.

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 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 i izvođenje mijelografije.**

Ime i prezime Ime i prezime roditelja/skrbnika Potpis