

## Pisana obavijest o abdominalnoj punkciji (paracentezi)

U skladu sa člancima 6, 8, 9 i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, NN 37/08), članku 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), članka 19. Zakona o liječništvu (NN 121/03, NN 117/08), Pravilnika o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08) te Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove-Prilog V. Prava pacijenata – Pristanak/odbijanje obaviještenog pacijenta (NN 31/11), liječnik specijalist \_\_\_\_\_ obavijestio je mene, \_\_\_\_\_

(ime i prezime specijalista)

(ime i prezime pacijenta, datum rođenja)

o dijagnostičkom odnosno terapijskom postupku te da postoje određeni **rizici i moguće komplikacije** koji mogu nastati tijekom i nakon izvođenja istog

Naziv i opis postupka: **Abdominalna punkcija (paracenteza)**

je punkcija trbušne stijenke sa uvođenjem igle u trbušnu šupljinu kojom se dokazuje postojanje tekućine i uzima tekućina radi analize ili terapijske evakuacije (uklanjanja suviška).

Dobrobiti :

- Dijagnostička = analiza tekućine
- Terapijska = uklanjanje suviška tekućine koja kompromitira disanje ili može biti podloga za infekcije

Rizici :

unošenje infekcije  
perforacija šupljeg organa ili krvne žile sa posljedičnom smrću

Zamjenski postupci :

Pojačanje lijekova za izmokravanje

Potpis i faksimil odgovornog doktora  
medicine za obavljanje postupka :

Datum:

## Izjava pacijenta

Svojim potpisom potvrđujem da sam detaljno upoznat/a s koristima i rizicima postupka, s drugim dijagnostičkim odnosno terapijskim mogućnostima, da sam razumio/la pročitano te da sam mogao/la postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. Istim potpisom potvrđujem da shvaćam i prihvaćam da, ukoliko se u tijeku visokorizičnog postupka (kirurških ili ostalih invazivnih postupaka) ukažu novi neočekivani momenti, isti mogu tijekom zahvata promijeniti i zahvat može završiti na način različit od ranije mi objašnjenog, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika \_\_\_\_\_