

Pisana obavijest o biopsiji jetre

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: **Biopsija jetre**

je dijagnostička metoda kojom se specijalnom iglom uzima komadić tkiva jetre za patohistološku analizu (uz pomoć mikroskopa). Prije samog uzimanja tkiva za analizu dobije se lokalno (na mjesto uboda) anestetik.

Dobrobiti:

Svrha joj je u određivanju stupnja oštećenja jetre kao i otkrivanja uzroka bolesti jetre.

Procjena stupnja oštećenja kako bi se primjenilo odgovarajuće liječenje ili moguća transplantacija u slučaju kronične bolesti i upale jetre, povećane jetre, tumora ili povišenih laboratorijskih vrijednosti jetrenih enzima

Rizici :

Primarni rizik je krvarenje iz mjesta uboda, a javlja se u manje od 1% slučajeva. Rjeđe se javljaju komplikacije kao što su oštećenja organa koji se nalaze u blizini (bubrež, žučni mjehur, pluća ili crijevo). Vrlo rijetko se javlja upala potrbušnice, a na sreću rizik od smrti je manji od 0,1%. U slučaju bilo kakvih sumnji na moguću komplikaciju odmah ćete zatražiti liječničku pomoć.

Zamjenski postupci :

ne postoje

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 : _____