

Pisana obavijest o kolonoskopiji

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: Kolonoskopija Dijagnostička metoda koja se koristi za pregled sluznice debelog crijeva pomoću savitljivog instrumenta, kolonoskopa. Prije pretrage bolesnik se mora pripremiti za pretragu, što uključuje prehranu i uzimanje lijekova za pražnjenje crijeva prema dobivenoj uputi. Kolonoskopija može biti umjereno bolna pretraga uz osjećaj napuhavanja, pritiska ili grčeva. Tijekom pretrage bolesnik leži na boku, a kolonoskop se kroz analni otvor uvodi u debelo crijevo. Pretraga obično traje 15 do 60 minuta.
Dobrobiti : Pretraga omogućava slikanje sluznice, odstranjenje polipa, biopsiju (uzimanje djelića tkiva za mikroskopski pregled), zaustavljanje krvarenja, proširenje suženja debelog crijeva.
Rizici : Nuspojave na lijekove koji se primaju prije pretrage Perforacija debelog crijeva Infekcija trbušne šupljine kao posljedica perforacije Krvarenje nakon odstranjenja polipa, koje može zahtijevati hospitalizaciju, transfuziju krvi pa i operaciju. Infekcija prenesena preko kolonoskopa (hepatitis B i C, HIV) Ozljeda slezene Srčani infarkt i zastoj, poremećaji srčanog ritma, pad tlaka
Zamjenski postupci : irigografija
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 : _____