

Pisana obavijest o implantaciji vanjske ventrikularne drenaže

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: Implantacija vanjske ventrikularne drenaže. Pacijent je u općoj anesteziji. Nakon pranja i pokrivanja operacijskog polja načini se rez kože i potkožja te otvor u kosti. Tvrdna moždana ovojnica se iskoagulira te križno otvori. Slijedi postavljanje katetera za vanjsku ventrikularnu drenažu te se dobije moždana tekućina iz klijetke. Kateter se spoji s ostatkom sustava. Rana se zatvori po slojevima. Gaza, flaster. Pacijent se premješta na neurokirurški odjel ili u jedinicu intenzivnog liječenja.	
Dobrobiti : umanjenje ili potpuno povlačenje simptoma vezanih za povišeni tlak u mozgu.	
Rizici : vezani za opću anesteziju. Krvarenje na mjestu reza kože, kosti te prolaska katetera kroz mozak. Infekcije kože, kosti te upale moždanih ovojnica i mozga. Nastanak novog krvarenja nevezanog za mjesto operacijskog zahvata. Rašivanje rane.	
Zamjenski postupci : ne postoji.	
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 (operativnog zahvata odnosno 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 : _____