

	Prava pacijenta	Oznaka dokumenta: OBN-SUG-KOLON
	Suglasnost za kolonoskopiju	Izdanje: 1 Vrijedi od: 30.01.2018. Stranica: 1

**SUGLASNOST KOJOM SE PRIHVAĆA / NE PRIHVAĆA
KOLONOSKOPIJA I EVENTUALNA
BIOPSIJA, POLIPEKTOMIJA**

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

MBO: _____

Ime i prezime, srodstvo, zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika za pacijente koji nisu pri svijesti, za pacijente s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta: _____

KOLONOSKOPIJA

Dijagnostička metoda koja se koristi za pregled sluznice debelog crijeva pomoću savitljivog instrumenta - kolonoskopa. Prije pretrage bolesnik se mora pripremiti za pretragu (sukladno izdanoj pismenoj preporuci o pripremi pacijenta). Kolonoskopija može biti umjereno bolna pretraga uz osjećaj napuhavanja, pritiska ili grčeva, a kolonoskop se kroz analni otvor uvodi u debelo crijevo. Pretraga obično traje 15 do 60 minuta.

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE

Pretraga omogućava pregled sluznice, odstranjenje polipa, biopsiju (uzimanje djelića tkiva za mikroskopski pregled), zaustavljanje krvarenja, proširenje suženja debelog crijeva.

RIZICI KOD POSTUPKA

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 krvnog tlaka.

ZAMJENSKI POSTUPCI

Irigografija (ne može detaljno prikazati manje promjene sluznice i nije moguće uzeti uzorke tkiva).

Izjavljujem slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom/terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku isti postupak **prihvaćam**.

Potpis bolesnika/skrbnika: _____

Izjavljujem slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom/terapijskom postupku koji sam dobio/la u pisanom obliku isti postupak **ne prihvaćam**.

Potpis bolesnika/skrbnika: _____

Potpis i faksimil odgovornog doktora
medicine za obavljanje postupka _____

Našice, dana _____.