

## Obaviješteni pristanak za anoskopiju i hemoroidektomiju

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Spol: M                      Ž                      Datum rođenja: \_\_\_\_\_

MBO osigurane osobe: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: \_\_\_\_\_

**OPIS POSTUPKA I DOBROBITI:** Anoskopija je pregled zadnjih 10-tak cm debelog crijeva instrumentom (anoskop), koji se kroz čmar uvodi u završni dio crijeva. Pacijent leži na lijevom boku s koljenima privučenim na trbuh. Na početku pretrage liječnik najprije prstom pregleda završni dio debelog crijeva, a nakon toga pregled nastavlja aparatom (anoskopom). Pretraga nije bolna, ali može biti neugodna.

**Hemoroidektomija** je metoda liječenja hemoroida, pri čemu se uz pomoć anoskopa postavlja gumica na hemoroid. Postupak je kratak i bezbolan. Gumica otpada spontano za nekoliko dana, što pacijent neće osjetiti.

Nakon anoskopije i hemoroidektomije se može pojaviti malo krvi na papiru ili uz stolicu, što ovisi o bolesti zbog koje se pretraga ili postupak izvodi.

Nakon hemoroidektomije prvih nekoliko dana potrebno je održavati pravilnu analnu higijenu (nakon stolice oprati se u mlakoj vodi), a stolicu treba održavati mekšom uzimanjem dovoljnih količina tekućine (najmanje 2-3 litre na dan).

### PRIPREMA ZA PRETRAGU

**NA DAN PRETRAGE:** Ujutro u 6 sati staviti Dulcolax čepić

Uobičajeni doručak

Doći \_\_\_\_\_ u 8 sati

### MOGUĆE KOMPLIKACIJE/RIZICI POSTUPKA:

Komplikacije su izuzetno rijetke i ne treba se zabrinjavati ako se pojavi: bol koja više sličí osjećaju punoće rektuma i nelagoda, oskudno krvarenje nakon stolice ili tragovi krvi na papiru. Ako bol ne popušta niti nakon uzimanja tableta protiv bolova ili se pojavi visoka temperatura, otežano mokrenje, obilnije krvarenje potrebno je javiti se liječniku.

*Obaviješten/a sam da se pri izvođenju ovog medicinskog postupka mogu dogoditi poznate i druge rijetke komplikacije poznatog i nepoznatog uzroka. Obaviješten/a sam i pristajem da se uzorak koji se ovim postupkom dobije dalje analizira, šalje na analizu u druge ustanove te se može uništiti prema zakonu.*

**IZJAVLJUJEM DA SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ  
OBAVIJEŠTENOSTI O PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM ODNOSNO TERAPIJSKOM  
POSTUPKU**

### DAJEM SUGLASNOST

za prihvaćanje preporučenog postupka

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

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika:

Potpis i faksimil liječnika: