

### ***Obaviješteni pristanak za urođinamiku***

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

**Spol:** M Ž **Datum:** \_\_\_\_\_

**MBO osigurane osobe:**

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

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

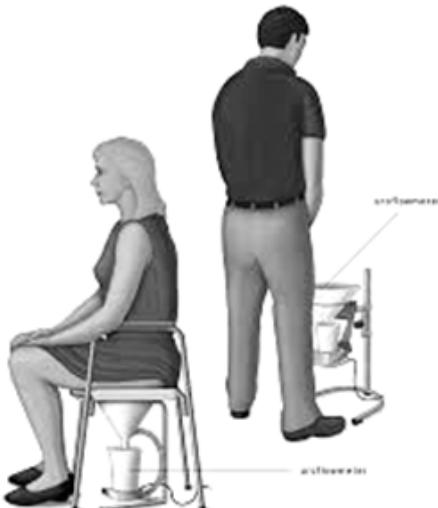
**Mjesto rođenja:** \_\_\_\_\_

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

#### **OPIS POSTUPKA I DOBROBITI:**

Urođinamsko ispitivanje je pretraga za utvrđivanje funkcije donjeg urotrakta. Daje nam informacije o kapacitetu mokraćnog mjehura, osjetu, rastezljivosti, intravezikalnim tlakovima u fazi punjenja i mokrenja, protoku mokraće, ostatnom urinu i aktivnosti vanjskog sfinktera uretre. Uroflow (mikciometrija) je neinvazivna pretraga kojom se mjeri i bilježi protok mokraće za vrijeme mokrenja. Provodi se kod pacijenata sa smetnjama mokrenja (učestalo ili otežano mokrenje) te daje osnovni uvid u funkciju mokraćnog mjehura i mokraćne cijevi.

Pomoću ovih informacija možemo precizno utvrditi stupanj opstrukcije, njegove posljedice na funkciju mokraćnog mjehura, utvrditi rizik oštećenja bubrega, planirati liječenje i pratiti uspjeh liječenja. Najčešće indikacije za urođinamiku su: poremećaji mokrenja (učestalo, rijetko, otežano mokrenje), inkontinencija, učestale uroinfekcije, neurogeni mjehuri, operacije donjeg mokraćnog sustava.



#### **DIJAGNOSTIČKA PROCEDURA**

Za ovu pretragu važno je da je mokračni mjehur prije pretrage pun – to znači ne mokriti nekoliko sati ranije tj koliko bolesnik može izdržati. Pacijent mokri spontano u uređaj, mikciometar, koji mjeri protok urina i rezultat bilježi u obliku krivulje na traci. Urolog interpretira nalaz te daje svoje mišljenje o eventualnom liječenju.

*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 ODносно TERAPIJSKOM  
POSTUPKU  
DAJEM SUGLASNOST  
za prihvatanje preporučenog postupka**

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

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika:  
\_\_\_\_\_

Potpis i faksimil liječnika:  
\_\_\_\_\_