

Obaviješteni pristanak za cistostomiju

Ime i prezime pacijenta: _____

Spol: M Ž Datum: _____

MBO osigurane osobe:

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

Adresa: _____ Telefon: _____

Mjesto rođenja: _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: _____

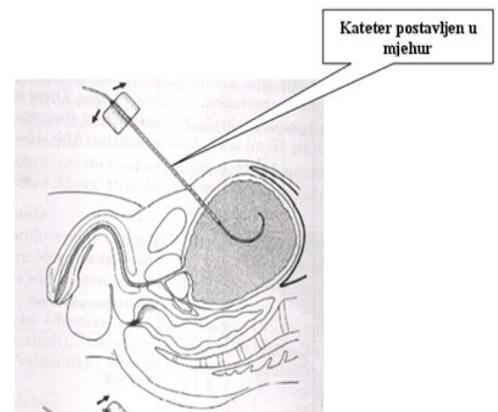
OPIS POSTUPKA I DOBROBITI:

U pacijenata u kojih se ne uspije postaviti urinarni kateter ili je postavljanje kontraindicirano (trauma uretre) neophodno je učiniti suprapubičnu kateterizaciju mokraćnoga mjehura. Perkutana suprapubična cistostomija postavlja se pod kontrolom ultrazvuka uz poštovanje svih pravila asepse. Suprapubičnu kateterizaciju preko perkutane cistostome vrši urolog. Kontraindikacije za suprapubičnu kateterizaciju su koagulopatija, prethodni kirurški zahvat na donjem trbuhu kao i pacijent s karcinomom mokraćnoga mjehura, jer bi ovaj postupak mogao dovesti do rasapa tumorskih stanica duž cistostomijskoga kanala. Nakon suprapubične lokalne anestezije, u mjehur se uvodi igla za lumbalnu punkciju. Potom se postavlja kateter pomoću posebnog troakara ili preko žice vodilice uvedene kroz lumbalnu iglu.

MOGUĆE KOMPLIKACIJE / RIZICI POSTUPKA KOJE MOGU NASTATI ZA VRIJEME I NAKON ZAHVATA:

Ovdje su navedeni uobičajeni rizici. Osim toga mogu postojati i neki neuobičajeni rjeđi rizici koji nisu ovdje navedeni. Ako imate bilo kakvih pitanja obratite se svom urologu. Cistostomija ima određene rizike i ograničenja:

- Može doći do uroinfekcije zbog čega ćete morati uzimati antibiotike.
- Možete primijetiti krv u mokraći kroz neko vrijeme.
- Može doći do ozljede crijeva i krvarenja. Ukoliko se to dogodi, potrebno je učiniti otvorenu operaciju. U tom slučaju morat ćete ostatu u bolnici nekoliko dana.



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: