

Obaviješteni pristanak za kateterizaciju mokraćnog mjehura

Ime i prezime pacijenta: _____

Spol: M Ž Datum rođenja: _____

MBO osigurane osobe:

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

 Mjesto rođenja: _____

Adresa: _____ Telefon: _____

Dijagnoza: _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbničnika: _____

OPIS POSTUPKA: Kateterizacija mokraćnog mjehura je postupak kojim se pomoću katetera, kroz uretru (mokraćnu cijev) ulazi u mokraćni mjehur bolesnika. Postupak se koristi za uzimanje urina za analizu i za dijagnostičku pretragu - mikcijsku cistouretralografiju (radi punjenja mokraćnog mjehura). Razlozi kod kojih se postupak provodi su stalni nalaz bakteriurije a bez znakova uroinfekta, uzimanje urina u dojenčadi gdje je važno odmah uzeti urin radi kemijske i mikrobiološke analize, te kod neurogenog mjehura radi ispravljanja mokraćnog mjehura. Izvodi se pomoću sterilnog katetera, promjera ovisno o dobi djeteta. Prethodno se učini toaleta spolovila, vatom natopljenom sterilnom sapunicom (otopinom 5% Sapokaline), zatim se ispere sterilnom fiziološkom otopinom ili vodom. Nakon toga se spolovilo dezinficira antiseptikom za sluznice. Sterilni kateter se uvodi pomoću pincete i rukavica. Kod muške djece upotrebljavamo Lidokain gel za lokalnu anesteziju sluznice mokraćne cijevi. Sam postupak traje par minuta.

RIZICI KOD POSTUPKA: Komplikacije kod kateterizacije mokraćnog mjehura su izrazito rijetke, ali moguće. Moguće je kod (grube) kateterizacije oštetiti sluznicu uretre i mokraćnog mjehura, što dovodi do oskudnog krvarenja (hematurije), kasnije u rijetkim slučajevima može doći do suženja mokraćne cijevi (uretre) na tom mjestu. Izuzetno rijetka komplikacija kateterizacije je probijanje mokraćne cijevi (perforacija uretre), što zahtijeva kirurški tretman.

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/TERAPIJSKOM POSTUPKU

DAJEM SUGLASNOST

za prihvatanje preporučenog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka

Datum: _____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/ skrbničnika:

Potpis i faksimil liječnika: