ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC

ODJEL ZA PEDIJATRIJU

PRINT

OP-008.01-PED

Obaviješteni pristanak za mikcijsku cistouretrografiju

Ime i prezime pacijenta: _____

Spol: ☐ **M** ☐ **Ž** ***Datum rođenja:*** _____

MBO osigurane osobe*:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ***Mjesto rođenja: _____

Adresa: _____ ***Telefon*:** _____

Dijagnoza: _____

***Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika*:** _____

OPIS POSTUPKA: Najprije se kateterizira mokraćni mjehur (uvodi se kateter u mokraćni mjehur). Ovaj postupak se izvodi na Odjelu pedijatrije. Zatim pacijent odlazi na RTG. Tamo se mokraćni mjehur ispuni tekućinom sa kontrastnim sredstvom. Naprave se dvije RTG snimke, u fazi punjenja i i fazi mokrenja. Pri tome se gleda da li postoji povrat mokraće (u ovom slučaju kontrasta) prema bubrezima, i određuje se stupanj.

Ovom pretragom se može vidjeti valvule stražnje uretre (smetnje protoku mokraće kroz mokraćnu cijev).

DOBROBIT-RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE: Dijagnostička pretraga kojom se primarno dokazuje povratak mokraće iz mokraćnog mjehura prema bubrezima. Prije same pretrage neophodna je kateterizacija mokraćnog mjehura, a radi punjenja mjehura tekućinom sa konrastnim sredstvom. Ova pretraga je u svijetu još uvijek zlatni standard za dokaz vezikoureteralnog refluksa.

RIZICI KOD POSTUPKA:

Nedostatak ove pretrage je zračenje, nužnost kateterizacije mokraćnog mjehura radi čega je ona invazivna pretraga.

ZAMJENSKI POSTUPCI: Zamjenske pretrage su radioizotopna i ultrazvučna. Kod radioizotopne pretrage je zračenje daleko manje nego kod klasične RTG pretrage ali je manje kvalitetniji prikaz. Kod ultrazvučne pretrage nema RTG zračenja, ali je također nešto manje kvalitetan nalaz (nemogućnost analize finih detalja, valvule stražnje utretre). Oba dvije zamjenske metode zahtijevaju kateterizaciju mokraćnog mjehura.

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 prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka

Datum: _____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/ skrbnika:

_____

Potpis i faksimil liječnika:

_____