

Obaviješteni pristanak za metakolinski test

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: Test se izvodi u sjedećem položaju, pod nadzorom medicinskog tehničara i liječnika. Prvo se izvede osnova, početna spirometrija koja služi za određivanje refrentne vrijednosti (FEV1). Nakon toga započinje izvođenje metakolinskog testa sa malim dozama metakolina, koje se postupno u više koraka povećavaju. Tijekom svakog koraka pacijent mirno udiše iz raspršivača određenu dozu metakolina kroz dvije minute, nakon čega se 30 do 90 sekundi po završetku raspršivanja svake doze izvodi spirometrija. Ako dođe do bronhokonstrikcije tj. do suženja dišnih putova (pad FEV1>20%) prestaje davanje metakolina i test smatramo pozitivnim. Ako ne dođe do bronhokonstrikcije (pad FEV1<20%) do završetka testa (davanja max doza metakolina) test je negativan.

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE:

Dijagnostički postupak kojom se ispituje bronhalna hiperreaktivnost koja je osnovna značajka bronhalne astme. Najčešće se koristi za dijagnozu astme u bolesnika sa simptomima koji upućuju na astmu a dijagnoza se ne uspije potvrditi spirometrijom i bronhdilatacijskim (Ventolinskim) testom, te kod praćenja tijeka bolesti. Povremeno se koristi u procjeni rizika nastanka astme (rinitis i astma, subklinička astma), u procjeni težine astme, te u procjeni odgovora na terapiju astme.

RIZICI: Od komplikacija moguće je izazivanje jače bronhopstrukcije (suženja dišnih puteva), tj. osjećaj otežanog disanja i pritiska u prsima, zaim kašalj, aritmija, vrtoglavica, glavobolja, osjećaj suhoće u ustima, mučnina, povraćanje.

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/ skrbnika:

Potpis i faksimil liječnika:
