ŽUPANIJSKA BOLNICA ČAKOVEC

ODJEL ZA PEDIJATRIJU

PRINT

OP-009.01-PED

Obaviješteni pristanak za slikovnu pretragu uz primjenu kontrasta

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: Radi se o trazličitim radiološkim metodama gdje se primjenom kontrasta (tvari koja sama po sebi nije radioaktivna, no na rentgenskoj snimci bude jasno vidljiva) poboljšava kvaliteta rentgenske pretrage. Ovisno o vrsti pretrage, kontrast će biti primijenjen intravenski (u krvotok) djeteta, u probavni ili urogenitalni trakt ili na drugo mjesto koje zahtijeva pobližu dijagnostiku.

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE: Potreba za preciznom ocjenom anatomskih struktura i njihove funkcije koje se daju prihazati kontrastom. Tu su uključene prirođene anatomske greške kao i funkcionalni poremećaji koji mogu nastati kasnije u životu kao posljedica bolesti ili ozljeda.

RIZICI KOD POSTUPKA: U slučaju intravenskog daavnja kontrasta moguća je alergijska reakcija.

ZAMJENSKI POSTUPCI: Ovisno o kliničkoj sumnji.

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:

_____