

Obaviješteni pristanak za ventolinski 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. Prvo se izvede osnova, početna spirometrija koja služi za određivanje refrentnih, početnih vrijednosti protoka zraka u plućima (FEV1, FVC). Nakon toga se pacijentu, ovisno o kilaži, daju 2-4 udaha Ventolina koji je bronchodilatator (lijek koji širi bronhe). Nakon 15-20 minuta ponovi se spirometrija, te se očitavaju nove vrijednosti protoka zraka. U slučaju da dođe do porasta vrijednosti protoka zraka u dišnim putevima (FEV1 i/ili FVC >12%) test smatramo pozitivnim. Pozitivan test uz simptome koji upućuju na astmu potvrđuje dijagnozu astme.

DOBROBIT- RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE:

Ventolinski test je dijagnostički postupak kojim se ispituje bronhalna hiperreaktivnost koja je osnovna značajka bronhalne astme. Koristi se za dijagnozu astme u bolesnika sa simptomima koji upućuju na astmu a imaju normalnu plućnu funkciju (uredan nalaz spirometrije), te kod praćenja tijeka bolesti i učinkovitosti terapije.

KOJE SU PRIPREME POTREBNE ZA VENTOLINSKI TEST?

1. dogоворiti termin, 2. pridržavati se uputstva o uzimanju terapije, 3. nazvati i otkazati na vrijeme dogovoreni termin u slučaju bolesti ili nekog drugog mogućeg razloga, 4. donjeti uputnicu za pregled i obradu, 5. ne biti na tašte (lagano pojesti)

KOJE LIJEKOVE JE POTREBNO IZOSTAVITI PRIJE TESTA?

1. bronhodilatarore kratkog djelovanja (salbutamol, Ipratropij) - izostaviti barem 8 sati
2. bronhodilatatore dugog djelovanja (salmeterol, Formoterol) - izostaviti barem 12 sati
3. antikolinergike dugog djelovanja (tiotropij) - izostaviti barem 24 sata

RIZICI KOD POSTUPKA:

Od komplikacija moguće je izazivanje osjećaja lutanja srca i pritiska u prsim, aritmije, slabost, glavobolja, nemir, razdražljivost, te izuzetno rijetko pojava mišićnih grčeva.

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

IZJAVA LJUJEM 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: