

Obaviješteni pristanak za citološku punkciju koštane srži

Ime i prezime pacijenta: _____

Spol: M Ž Datum rođenja: _____

MBO osigurane osobe:

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

Adresa: _____ Telefon: _____

Dijagnoza: _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: _____

OPIS POSTUPKA: Pretraga punkcije koštane srži započinje s dezinfekcijom kože i apliciranjem lokalnog anestetika (Lidokain) u mjesto predviđene punkcije (prsna kost ili greben zdjelične kosti) čime se umrtvi koža, potkožje i pokosnica. Nakon toga se kratko vrijeme čeka dok anestetik ne počne djelovati, područje se ponovo dezinficira i pristupa punkciji gdje se debljom iglom postupno probije koža, potkožje i kost. Nakon toga se aspiracijom uzima uzorak za analizu. Igla se vadi van i područje punkcije prekrije sterilnom gazom i flasterom.

DOBROBIT-RAZLOG VRŠENJA PRETRAGE: Punkcijom koštane srži se uzima materijal za citološku analizu krvnih stanica i njihovih nezrelih prethodnika u dijagnostici različitih hematoloških bolesti (anemije, leukemije,...) kao i za dijagnostiku prisutnosti metastatskih tumorskih stanica u koštanoj srži iz drugih sijela.

RIZICI KOD POSTUPKA: alergijska reakcija na lokalni anestetik (Lidokain), pojačano krvarenje na mjestu punkcije (nastanak hematoma), infekcija mjesta punkcije, slabost i vrtoglavica

ZAMJENSKI POSTUPAK: Kao zamjenski ili alternativni postupak može se navesti biopsija koštane srži širokom iglom koja se može klasificirati više kao dodatna analiza samo u određenim slučajevima jer je znatno agresivnija pretraga. Ove dvije metode (punkcija i biopsija koštane srži) se više dopunjavaju nego zamjenjuju jedna drugu.

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, ODNOSNO
TERAPIJSKOM POSTUPKU**

DAJEM SUGLASNOST
za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka

Datum: _____

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika:

Potpis i faksimil liječnika:
