

**Obaviješteni pristanak za kontrastnu pretragu gornjeg probavnog trakta  
(akt gutanja, pasaža jednjaka, želuca i tankog crijeva)**

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Spol: M Ž Datum rođenja: \_\_\_\_\_

MBO osigurane osobe: 

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

Adresa: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mjesto rođenja: \_\_\_\_\_

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: \_\_\_\_\_

**OPIS POSTUPKA:** Kontrastne pretrage gornjeg probavnog trakta su radiološke metode kojim se prikazuju patološke promjene u dijelu probavnog trakta od ždrijela do završnog dijela tankog crijeva. Indikacije obuhvaćaju poremećaje gutanja, anatomske položaje, odnosa prema okolnim strukturama, patološke komunikacije s drugim organskim sustavima, tumore i upalne bolesti crijeva. Za sve ove preglede neophodno je da bolesnik bude natašte, tj. prije pregleda ne smije ništa jesti niti piti, eventualno smije uzeti lijekove koje inače troši. Kod bolesnika koji mogu stajati, pregled se započinje u uspravnom položaju. Inženjer medicinske radiologije bolesnika smješta u uređaj i daje mu čašu u kojoj se nalazi pripravak barijevog kontrastnog sredstva koji u probavnom sustavu nema nikakvih štetnih učinaka. Prema uputama radiologa određenom dinamikom bolesnik piće tekućinu koja služi za prikaz dijelova probavnog sustava koji se inače ne bi razlikovali od okolnih struktura. U tijeku izvođenja pretrage, radiolog će davati upute o potrebnim promjenama položaja tijela. Kod pasaže tankog crijeva, potrebno je snimanje ponoviti više puta u različitim vremenskim razmacima, što može potrajati i nekoliko sati. Kontrastne pretrage gornjeg probavnog trakta su metode kojima se mogu prikazati patološke promjene probavnog sustava čiji dobiveni dijagnostički rezultati komplementarno s drugim radiološkim i neradiološkim dijagnostičkim metodama, pridonose odluci o dalnjem liječenju. Nakon pregleda u bolesnikovu tijelu ne zaostaje zračenje.

**POSLJEDICE NE IZVOĐENJA POSTUPKA:** Ukoliko se postupak ne provede moguće je izostanak dijagnostički važnih informacija, odnosno izostanak utvrđivanja uzroka bolesnikovih tegoba te da zbog toga ne bude provedeno pravovremeno i potrebno liječenje.

**OPORAVAK NAKON DIJAGNOSTIČKOG PREGLEDA:** Primijenjeno kontrastno sredstvo se ne resorbira iz probavnog sustava te će se u tijeku nekoliko dana nepromijenjeno izlučiti stolicom. Odmah nakon završetka pregleda možete normalno jesti i piti, bez ikakvih ograničenja.

**KONTRAINDIKACIJE I RIZICI:** Ako bolesnik ima smetnje gutanja potrebno je o tome obavijestiti radiologa prije pregleda kako bi se primijenilo vodotopivo kontrastno sredstvo koje nema negativan učinak na dišni sustav. Ako bolesnik ne može stajati, pretraga se u cijelosti izvodi u ležećem položaju. Bolesnik je dužan upozoriti radiologa u slučaju javljanja osjećaja opće slabosti kako bi se izbjegle moguće komplikacije pada zbog gubitka svijesti dok se pretraga izvodi u stojećem položaju. Postoji vrlo mali rizik nastanka zločudnih tumora zbog izlaganja ionizirajućem zračenju jer je kod dijaskopije (prosvjetljavanja) povećana doza zračenja. Kada postoji mogućnost da je bolesnica trudna, prije pregleda svakako treba obavijestiti inženjera medicinske radiologije jer ionizirajuće zračenje može oštetiti plod.

**MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK:** U slučaju odbijanja ili nemogućnosti pregleda, ordinarius u suradnji s radiologom predlaže neku drugu pogodnu metodu pregleda. Ovisno o dijagnostičkom upitu to može biti konvencionalno rentgensko snimanje, ultrazvuk, dopler, magnetna rezonancija, kompjutorizirana tomografija, ili neka od neradioloških metoda poput endoskopije ili biopsije.

*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 postupkom dobije dalje ispituje, šalje na ispitivanje u druge ustanove, te da se može uništiti prema zakonu.*

**IZJAVA LJUJEM DA SLOBODNOM VOLJOM, UTEMELJENOJ NA POTPUNOJ OBAVIJEŠTENOSTI O  
PREPORUČENOM DIJAGNOSTIČKOM, ODNOSNO TERAPIJSKOM POSTUPKU**

**DAJEM SUGLASNOST**

*za prihvatanje preporučenog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka*

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika:

Potpis i faksimil liječnika: