

Obaviješteni pristanak za ultrazvuk s kontrastnim sredstvom (CEUS)

Ime i prezime pacijenta: _____

Spol: M Ž Datum rođenja: _____

MBO osigurane osobe:

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

Adresa: _____ Telefon: _____

Mjesto rođenja: _____

Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika: _____

OPIS POSTUPKA:

Ultrazvučni pregled, sonografija ili ehosonografija (UZ) je neinvazivna radiološka pretraga. Pri pregledu se koristi mala ultrazvučna sonda i gel kako bi se pomoću visokofrekventnih zvučnih valova stvorile slike unutrašnjosti tijela. Ultrazvučni pregled je za Vas siguran i bezbolan, NE KORISTI ionizirajuće zračenje (rentgenske zrake ili iradijaciju). Kako se ultrazvučne slike stvaraju u realnom vremenu, ultrazvukom je moguće prikazati i strukturu i gibanje unutarnjih organa, kao i protok krvi u krvnim žilama. Ovisno o potrebama pregleda, možda će biti potrebno tijekom pregleda primijeniti i ultrazvučno kontrastno sredstvo. Kontrastna sredstva za ultrazvučni pregled sastoje se od mikromjehurića manjih od crvenih krvnih zrnaca. Mikromjehurići pojačavaju signal ultrazvuka i omogućuju bolji prikaz tkiva pri pregledu.

POSLJEDICE NE IZVODENJA POSTUPKA:

Ukoliko se postupak ne izvede moguć je izostanak dijagnostički važnih informacija, odnosno izostanak utvrđivanja uzroka bolesnikovih tegoba te da zbog toga ne bude provedeno pravovremeno i potrebno liječenje.

OPORAVAK NAKON IZVRŠENOG POSTUPKA:

U većini slučajeva odmah nakon pregleda moguć je nastavak svih životnih aktivnosti. U svrhu smanjenja rizika od mogućih nuspojava nakon pregleda biti ćete zadržani na promatranju 30 minuta s ostavljenim venskim putem kroz koji ste primili kontrastno sredstvo.

KONTRAINDIKACIJE I RIZICI ULTRAZVUČNOG PREGLEDA S KONTRASTNIM SREDSTVOM

KONTRAINDIKACIJE - Ultrazvučni pregled s kontrastnim sredstvom se ne smije izvoditi. Ova kontrastna sredstva NE SMJU SE PRIMIJENITI ako:

- ste alergični na sumporov heksafluorid, odnosno perflutren ili ste ranije imali alergijsku reakciju na neko ultrazvučno kontrastno sredstvo
- imate anomalije srčanih pregrada
- plućnu hipertenziju
- nekontrolirano visok krvni tlak
- U trudnoći se ne očekuje opasnost za plod kod primjene ultrazvučnog kontrastnog sredstva, ali studije na trudnicama još nisu provedene te eventualni štetni učinci još nisu poznati. Dojiljama se ne preporučuje primjena ovih kontrastnih sredstava. Kontrastno sredstvo primjenjuje se ubrizgavanjem u venu. Pritom možete osjetiti prolaznu manju bol pri ubodu. U slučaju da je stijenka vene tanja može doći do pucanja vene i posljedičnog hematoma (krvnog podljeva). U rijedim slučajevima se zbog pucanja stijenke vene kontrast injicira paravenski te može doći do otoka ruke.

KOMPLIKACIJE KOJE SE MOGU POJAVITI NAKON PRETRAGE: Kao i kod svih lijekova, i kod primjene ultrazvučnog kontrastnog sredstva može doći do neželjenih pojava. Odjel je opremljen stručnjacima, opremom i lijekovima kako bi se mogućnost najtežih komplikacija i posljedica svela na minimum.

Ako primijetite znakove alergijske reakcije poput otoka lica, usana, usne sluznice te poteškoće gutanja ili disanja, svrbež i crvenilo kože ili otok udova, ODMAH to javite liječniku! Nuspojave kod primjene ultrazvučnog kontrasta su rijetke i nisu opasne po život. Manji broj pacijenata ipak može osjetiti glavobolju, utrnlulost udova, vrtoglavicu, čudan okus u ustima, crvenilo lica, grebanje u grlu, mučninu, svrbež i osip kože, bol u ledjima, vrućinu u tijelu, opći umor i nelagodu, bol u prsima ili povišenje razine šećera u krvi. Obavijestite liječnika ako se javi neka od ovih nuspojava.

KOMPLIKACIJE KOJE ZAHTIJEVAJU HITNO OBRAĆANJE LIJEČNIKU: Većina alergijskih i/ili toksičnih reakcija nastaje vrlo brzo nakon primjene kontrastnog sredstva, obično unutar prvih 30 minuta. Ukoliko se primijete kožne promjene ili smetnje disanja nakon primjene kontrastnog sredstva, svakako je potrebno HITNO javiti se liječniku. Ako nakon primjene kontrastnog sredstva tijekom promatranja na Odjelu radiologije nakon pretrage primijetite pojave prethodno opisane kod alergijskih reakcija javite se odmah odjelnoj sestri koja će pozvati liječnika. Ukoliko se pojavi odgođena reakcija nakon odlaska s odjela javite se svom obiteljskom liječniku ili ako nije dostupan u bolnicu.

MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK:

Ultrazvučni pregled je neinvazivna slikovna pretraga. Druga dostupna slikovna metoda koja ne uključuje ionizirajuće zračenje je magnetska rezonanca čija primjena je unatoč boljim parametrima dijagnostičkog testa za većinu indikacija (boljim rezultatima za većinu razloga zbog kojih se pacijent upućuje na pretragu) povezana s određenim drugim ograničenjima (za osobe koje pate od klaustrofobije, imaju metalna strana tijela u organizmu) i rizicima (osobito kod primjene paramagnetskih kontrastnih sredstava). Kompjutorizirana tomografija uključuje primjenu ionizirajućeg zračenja i najčešće intravensku primjenu jodnog kontrastnog sredstva zbog čega nije prikladna u populaciju kao što su osobe mlađe životne dobi zbog kumulativnog učinka ionizirajućeg zračenja, dok je primjena jodnih kontrastnih sredstava povezana s višim rizikom mogućih nuspojava u osoba s više drugih bolesti(komorbiditetom), najčešće osoba starije životne dobi.

Molimo da se držite uputa o UZ pregledu koje ste dobili pri narudžbi na pregled, kao i da slijedite upute liječnika za vrijeme pregleda. Za sve dodatne obavijesti i nejasnoće molimo da se obratite našem osoblju koje će Vam rado pomoći u okviru svojih mogućnosti.

Molimo, popunite sljedeći upitnik koji će liječniku pomoći da odredi smijete li dobiti ultrazvučno kontrastno sredstvo:

DA

NE

Jeste li imali alergiju na neko kontrastno sredstvo ili neke poteškoće pri pregledima? Molimo da ih navedete:

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.

**IZJAVLJUJEM 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:
