



Broj istorije bolesti/protokola:

Datum davanja pristanka:

SAGLASNOST NA INVAZIVNU PROCEDURU

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. GORNJA ENDOSKOPIJA | 2. DONJA ENDOSKOPIJA |
| 3. BIOPSIJA JETRE | 4. BIOPSIJA ŽELUCA I GRIJEVA |
| 5. PUNKCIJA I DRENAŽA FLUIDNIH KOLEKCIJA (INTRAABDOMINALNIH) | |

Vrijeme davanja pristanka:

LIČNI PODACI PACIJENTA:

_____ (Ime, ime oca, prezime)

_____ (Mjesto rođenja)

_____ (Adresa)

Spol: M Ž

_____ (JMBG)

_____ (Broj zdravstvene knjižice)

Punoljetni poslovno sposoban pacijent ima pravo odbiti prijem informacija o medicinskoj mjeri (1) ili ovlastiti za prijem informacija drugu osobu (2) ili primiti informacije i donijeti odluku (3). Zakonski zastupnik postupa samo po tački (3).

1. Obaviješten/a sam da mogu odbiti prijem obuhvatne, tačne i blagovremene obavijesti o medicinskoj mjeri

Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog ljekara specijaliste i izjavljujem da slobodnom voljom pristajem na predloženi dijagnostički/terapijski postupak

_____ (ime i prezime ljekara specijaliste)

_____ (potpis pacijenta)

_____ (potpis i faksimil ljekara specijaliste)

2. Obaviješten/a sam da mogu ovlastiti drugu punoljetno poslovno sposobnu osobu da primi informacije o medicinskoj mjeri

Potvrđujem da sam odbio/la primiti sve navedene informacije od nadležnog ljekara specijaliste, te za osobu koja će iste primiti za mene određujem _____ i izjavljujem da slobodnom voljom pristajem na predloženi dijagnostički/terapijski postupak

_____ (ime i prezime ljekara specijaliste)

_____ (potpis pacijenta)

_____ (potpis i faksimil ljekara specijaliste)

3.1. Popunjavanje ljekar specijalista

INFORMACIJE O KORISNIM EFEKTIMA I RIZICIMA INVAZIVNE PROCEDURE

Uzimajući u obzir Vaše trenutno zdravstveno stanje i radnu dijagnozu koja glasi: _____

_____ u cilju uspostavljanja dijagnoze, predlažemo Vam da se podvrgne invazivnoj proceduri _____

(Navedi naziv procedure)

Kao i sve druge invazivne dijagnostičke procedure tako i predložena procedura, nosi sa sobom određene rizike od kojih su najznačajniji vezani za eventualna krvarenja u toku intervencije, perforaciju organa koji se pregleda, alergiju na anestetik, srčane smetnje, oštećenje zuba kod gornje endoskopije i td.

Sam postupak endoskopije je u osnovi sledeći: psihička priprema bolesnika koja podrazumijeva objašnjenje osjećaja u ustima nakon anesteziranja ksilokainom, a zatim se uvodi gastroskop u usta i pod kontrolom oka pregleda digestivna cijev od usta do duodenuma vodeći računa da ni jedan pokret aparatom nije bez jasne orijentacije položaja. U slučaju nalaza patoloških promjena radi se biopsija tako što se kliješta uvode kroz radni kanal aparata, a pacijentu se uporedo objašnjava šta se radi. Kod donje endoskopije ista je procedura samo što se radi bez anestezije ali često u blagoj sedaciji apaurinom.

Takođe, predložena invazivna procedura nosi posebne rizike kod pacijenata čije je zdravstveno stanje od ranije narušeno oboljenjima kao što su: šećerna bolest, bolesti srca i krvnih sudova, visoki krvni pritisak, bronhitis, astma i hronična obstruktivna bolest pluća i sistemske bolesti.

Za tačno dijagnosticiranje na ovoj Klinici, ne postoji alternativa navedenoj invazivnoj proceduri.

SAGLASNOST NA INVAZIVNU PROCEDURU

Strana:2/2

- 1.1. GORNJA ENDOSKOPIJA
 3. BIOPSIJA JETRE
 5. PUNKCIJA I DRENAŽA FLUIDNIH KOLEKCIJA (INTRAABDOMINALNIH)

2. DONJA ENDOSKOPIJA
 4. BIOPSIJA ŽELUCA I CRIJEVA

3.2. Popunjavanje pacijent/zakonski zastupnik

Potpisujući ovaj formular potvrđujem da sam dobio/la obavještenja i informacije o predloženoj medicinskoj mjeri prije procedure. Informacije sam dobio/la na razumljivom jeziku, usmeno i pismeno, od nadležnog ljekara specijaliste, i to:

Molim da svaku pročitano izjavu označite sa "X"

1. Obaviješten/a sam da nakon dobivanja svih obavještenja i informacija mogu odbiti predloženu medicinsku mjeru
2. Opisani su mi i objašnjeni moja dijagnoza i prognoza bolesti
3. Opisani su mi cilj i koristi od predložene medicinske mjere
4. Objašnjeni su mi vrste i vjerovatnoća mogućih rizika, bolnih i drugih sporednih ili trajnih posljedica
5. Obaviješten/a sam o mogućim promjenama stanja poslije preduzimanja predložene medicinske mjere, kao i mogućim nužnim promjenama u načinu života
6. Obaviješten/a sam o dejstvu lijekova i mogućim nuspojavama tog lijeka (ako se odnosi na medicinsku mjeru)
7. Obaviješten/a sam o drugim mogućim metodama liječenja sa opisom koristi i rizika svake od tih metoda, uključujući i efekt neliječenja (ukoliko postoje druge metode)
8. Informiran/a sam o daljem toku pružanja zdravstvene zaštite koji uključuje druge medicinske mjere i ostale usluge koje su mi na raspolaganju, a ne pripadaju isključivo medicinskim mjerama
9. Obaviješten/a sam o pravu na odlučivanje o predloženoj medicinskoj mjeri i pravu na povlačenje pristanka
10. Informiran/a sam o organizacijskim aspektima liječenja, o listi čekanja, vremenu čekanja, načinu formiranja liste čekanja, odnosno informacije o načinu zakazivanja termina (ukoliko se odnosi na medicinsku mjeru)
11. Upoznat/a sam sa terminom izvođenja medicinske mjere
12. Bilo mi je omogućeno da postavljam pitanja i da na njih dobijem zadovoljavajuće odgovore

Napomena:

Prije potpisivanja izjave od strane pacijenta/zakonskog zastupnika, lekar će prekriziti broj ispred tačke 6, 7 i 10. ukoliko se ne odnose na datu medicinsku mjeru.

 (ime i prezime ljekara specijaliste)

 (potpis i faksimil ljekara specijaliste)

Potvrđujem da sam primio/la sve navedene informacije od nadležnog ljekara specijaliste i izjavljujem da slobodnom voljom pristajem na predloženi dijagnostički/terapijski postupak

 (potpis pacijenta/zakonskog zastupnika)

AKO PRISTANAK DAJE ZAKONSKI ZASTUPNIK (RODITELJ/STARATELJ, PUNOMOĆNIK) UPISATI:

Svojstvo: Roditelj ☐ Staratelj ☐ Punomoćnik ☐

 (ime i prezime)

Broj lične karte, mjesto izdavanja: _____

Priloženi dokumenti: _____

Ako je pacijent za prijem informacija označio drugu osobu (tačka 2.):

Ime i prezime _____

Adresa _____

Kontakt tel. _____

 (Potpis)

Napomena: