



PRIVOLITVENI OBRAZEC ZA OBJAVO PRESTAVITVE PRIMERA (CASE REPORT)

Prosimo vas za podpis soglasja za objavo vašega kliničnega primera v strokovnih medicinskih revijah. V predstavitev primera bo vključena vaša starost, spol, splošno zdravstveno stanje, razlog medicinske obravnave, potek zdravljenja ter drugi za klinični potek pomembni podatki. V primeru pridobitve fotografij, slike radioloških preiskav, video posnetkov ali drugega gradiva bo v objavljenem prispevku uporabljeno samo tisto gradivo, ki je ključno za prikaz kliničnega primera in obenem ne razkriva vaše identitete.

Predvideni naslov predstavitve primera: Laparoscopic appendectomy after Meckel's
sequestration in appendix: A case report



PRIVOLITVENI DEL

S podpisom potrjujem, da sem bil seznanjen z namenom objave kliničnega primera. Dobil sem odgovore in pojasnila na morebitna dodatna vprašanja.

Bil sem seznanjen in se strinjam, da se moji podatki tekom zdravljenja zbirajo v anonimni obliki. Tretje osebe, ki niso vključene pri pripravi prispevka o mojem kliničnem primeru, ne bodo imele dostopa do mojih podatkov. Moje ime ne bo prikazano pri objavi podatkov.

Soglašam in se strinjam, da lahko zdravnik, ki pripravlja predstavitev kliničnega primera, pridobi in hrani moje podatke in pridobljeno slikovno ali video gradivo ter ga nato uporabi izključno pri predstavitvi primera. Iz objavljenega ter hranjenega slikovnega in video gradiva moja identiteta ni razvidna.

Zavedam se, da lahko privolitev za objavo mojega kliničnega primera prekličem, vendar samo preden je prispevek poslan v uredništvo revije ali objavljen na spletni strani.

S podpisom soglašam z objavo predstavitve svojega kliničnega primera pod navedenimi pogoji.



*Privolitev se podpiše v treh izvodih. Bolnik in zdravnik dobita svoj izvod. En izvod se vloži v medicinsko dokumentacijo.
**Moški spol je uporabljen zaradi namena preglednosti.

6253

800236783 01 023940101 25.10.2018 13:07

033008945

Spr. 25.10.2018

100% OZZ

000987387/B800236783

POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik)

1. Glavna diagnoza:

2. Dodatne diagnoze:

Opozorilo: Za izvedbo preiskave, pri kateri je pacient izpostavljen ionizirajočem sevanju, je potrebno priložiti drugo ustrezno soglasje!

3. Predlagani poseg oz. zdravstvena oskrba je potreben (kratka obrazložitev zakaj je potreben):

lap. apektektomija, intraoperativni RTG

4. OPIS posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opisati ali označiti, katero gradivo je pacient prejel):

☒ Priloženi pisni opis posega oz. zdravstvene oskrbe, ki ga je prejel pacient.☐ Pacient je prejel standardizirano pisno gradivo o posegu oz. zdravstveni oskrbi, ki pa ni priloženo - gradivo se nahaja na oddelku.

5. Dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom oz. zdravstveno oskrbo (ustrezno označiti):

☐ Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov.☐ Drugi postopki (navedba vseh dodatnih morebitni postopkov):

6. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba bo vključeval:

☐ lokalno anestezijo☒ splošno anestezijo☐ sedacijo

7. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti med posegom oz. zdravstveno oskrbo (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):

☒ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

8. Posledice opustitve predlaganega posega oz. zdravstvene oskrbe (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):

☒ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)

9. Druge možnosti zdravljenja (doma, v tujini), ki niso dosegljive oziroma niso pravice iz zdravstvenega zavarovanja (kratko opisati ali označiti, da je to opisano v pojasnilih - točka 4):

☒ Opisano v pisnih pojasnilih (točka 4)



IZJAVA ZDRAVNIKA

Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 9: ☒ DA ☐ NE, ker:

Pacient je prejel dodatna pojasnila, ki jih je zahteval: ☒ DA ☐ NE, ker jih ni zahteval.

Ime in priimek zdravnika (tiskano ali štampljka):

Datum: 8.11.2018

Ura: 9⁰⁵

IZJAVA PACIENTA O PRIVOLITVI ALI ZAVRNITVI

V poseg oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu, svobodno:

☒ PRIVOLIM

☐ NE PRIVOLIM

- Razumem pomen in posledice odločitve.

- Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.

- Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem in (ustrezno označiti):

☒ Privolim v vse postopke, ki so navedeni pod točko 5 in 6.

☐ Navajam postopke/posege pod točko 5, za katere ne želim, da bi bili izvedeni:

- Razumem, da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje.

- Razumem, da bo kakršenkoli postopek, poleg navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

V prisotnost oseb, ki so na učenju v UKC Ljubljana, svobodno:

☒ PRIVOLIM

☐ NE PRIVOLIM

Podpis pacienta:

[Redacted signature]

Ime in priimek Starša 1:

Podpis:

Ime in priimek Starša 2:

Podpis:

Ime in priimek zakonitega
zastopnika / druge osebe:

Podpis:

Datum: 8.11.2018

Ura: 9⁰⁵

IZJAVA PACIENTA O NAKNADNI PRIVOLITVI ALI ZAVRNITVI

Pacient si je premislil in (ustrezno označi):

☐ že podano **PRIVOLITEV** v poseg oz. zdravstveno oskrbo **ZAVRNE**.

☐ v že **ZAVRNJEN** poseg oz. zdravstveno oskrbo naknadno **PRIVOLI**.

Podpis pacienta:

Ime in priimek Starša 1:

Podpis:

Ime in priimek Starša 2:

Podpis:

Ime in priimek zakonitega
zastopnika / druge osebe:

Podpis:

Datum:

Ura:

Pacient prejme kopijo dokumenta!

**SOGLASJE ZA ANESTEZIJSKE
POSTOPKE MED OBRAVNAVO
ODRASLEGA PACIENTA**

6252

800236783 01 023940101 25.10.2018 13:07	
033008945 100% OZZ	Spr. 25.10.2018
Vr	nistrator):
	evilka pacienta:
000987387/B800236783	
Ime in priimek pacienta:	Datum rojstva pacienta:
ROLANDA	12/19

Pri pacientu je predviden operativni ali diagnostični poseg, za katerega bo potrebna določena vrsta anestezije. Odvisno od posega bo anesteziolog izbral ustrezno anestezijsko tehniko, ki je lahko sedacija, lokalna anestezija, področna anestezija, splošna anestezija ali kombinacija le-teh. Anestezijo vodi zdravnik specialist anesteziolog ob pomoči anestezijske medicinske sestre, lahko pa tudi zdravnik specializant anesteziologije pod stalnim nadzorom specialista.

Pred načrtovanim posegom ste prejeli knjižico »Informacije o anesteziji za pacienta in njegove svojce«, v kateri je podrobno opisano dogajanje med anestezijo, pojasnjene pa so tudi različne vrste anestezije. Poleg tega vam je anesteziolog med predoperativnim pregledom opisal možne vrste anestezije, z njihovimi prednostmi in pomanjkljivostmi ter odgovoril na morebitna vprašanja v zvezi z njimi.

Načrtovana anestezija je varna in poteka po najsodobnejših strokovnih smernicah. Kljub temu lahko včasih pride do zapletov, ki so običajno blagi, izjemno redko pa povzročijo trajne posledice ali celo smrt pacienta. Na njihov nastanek v veliki meri vpliva slabo pacientovo zdravstveno stanje ter nujnost in zahtevnost operativnega posega. Tako so zapleti pogostejši pri kardiilih, pacientih s čezmerno telesno težo, sladkorno boleznijo, srčnimi in pljučnimi boleznimi ter z drugimi težjimi kroničnimi boleznimi. Določeni zapleti lahko nastanejo tudi zaradi operacije in postopkov v zvezi z njo ter niso neposredno povezani z anestezijo, npr. zapleti v povezavi s položajem pacienta med operacijo.

Nekateri možni zapleti, povezani z anestezijo:

- **Pri splošni anesteziji in sedaciji:** slabost, bruhanje, hud nemir ob zburanju, glavobol, omotičnost, drgetanje, motnje vida, poškodbe roženice, motnje zavesti vse do kome, epileptični napad, suho grlo in bolečine v grlu, bolečine v mišicah, podplutba na mestu vstavljenе venske poti, iztekanje tekočin in zdravil ob žilo, poškodbe ali izdrtje zob, poškodbe ustnic, glasilk ali sapnika, padec nasičenosti krvi s kisikom, nihanje krvnega tlaka in pulza, motnje srčnega ritma, poslabšanje angine pektoris ali srčna kap, zastoj srca, težko dihanje, astmatični napad, vdihavanje želodčne vsebine v pljuča, okužbe dihal, alergične reakcije vseh stopenj na vse uporabljene učinkovine ali lateks, nevaren porast telesne temperature, podaljšano delovanje anestetikov in zdravil, ki povzročajo mišično ohlapnost, tudi po koncu anestezije, zavedanje dogodkov, ki so se zgodili med operacijo, motnje spanja in prehodno spremenjeni vzorci obnašanja.
- **Pri področni/lokalni anesteziji:** neuspela ali delno uspela živčna blokada, krvavitev ali okužba na mestu vboda, glavobol, težave z uriniranjem, srbečica, bolečine v hrbtu, poškodbe živcev s posledičnim mravljinčenjem ali ohromelostjo določenega predela telesa, krvavitev ali absces ob hrbtenjači s posledično ohromelostjo spodnjih udov, vnetje možganskih ovojnic, poškodba bližnjih struktur (npr. žile, pljuča), alergične reakcije vseh stopenj na vse uporabljene učinkovine ali lateks, motnje srčnega ritma, padec krvnega tlaka, šumenje v ušesih, motnje vida, otrpel jezik, motnje govora, krči, koma, zastoj srca.
- Med anestezijo nosečnic lahko pride do zapletov tako pri materi kot tudi pri plodu.
- V primeru potrebe po **transfuziji krvi in krvnih derivatov** med operativnim posegom lahko nastanejo zapleti, povezani s transfuzijo krvi: kožni izpuščaj, srbenje, težko dihanje, mrzlica, zvišana telesna temperatura, razpad rdečih krvničk, okvara pljuč, okužba z virusom hepatitisa B ali C ali z virusom HIV.



Izjava pacienta ali zakonitega zastopnika

(prosimo, ustrezno označite)

Potem, ko sem v miru podrobno prebral knjižico »Informacije o anesteziji za pacienta in njegove svojce« in po razgovoru z anesteziologom, dajem soglasje za naslednjo vrsto anestezije za predviden operativni ali diagnostični poseg (označite):

☒ splošna ☐ področna ☐ lokalna ☐ splošna + področna ☐ sedacija

Potrjujem, da: sem izčrpno seznanjen, sem razumel pojasnila, so mi bili predstavljeni tudi alternativni načini anestezije, sem dobil zadovoljive odgovore na vsa vprašanja v zvezi z anestezijo in **SOGLAŠAM/NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite) s predvideno vrsto anestezije.

Potrjujem, da me je anesteziolog poučil o možnih zapletih med anestezijo, tudi o specifičnih zapletih, povezanih s spremljajočimi boleznimi.

Seznanjen sem s tem, da bo lahko med posegom potrebna transfuzija krvi ali krvnih derivatov in **SOGLAŠAM/NE SOGLAŠAM** (ustrezno obkrožite) z njihovo uporabo.

DOVOLIM/NE DOVOLIM (ustrezno obkrožite), da anesteziolog med posegom prilagodi ali spremeni predvideni način anestezije, če bi bilo to potrebno in strokovno utemeljeno.

Ime in priimek (prosimo, ustrezno označite in dopišite):	Podpis pacienta ali zakonitega zastopnika:
<input checked="" type="checkbox"/> pacienta:	
<input type="checkbox"/> zakonitega zastopnika:	
Datum: 7.12.2018	Ura: 1030

Izjava anesteziologa

Opravi sem oceno pacientovega zdravstvenega stanja pred operacijo in glede na pacientove spremljajoče bolezni tudi ustno pojasnil možne specifične zaplete, pacientu sem odgovoril na vsa zastavljena vprašanja.

Datum: 7.12.2018	Ura: 1030