



Klinika za infektivne bolesti
„Dr. Fran Mihaljević“
Mirogojska 8
10000 Zagreb

IME I PREZIME PACIJENTA / SKRBNIKA:

GODINA ROĐENJA:

DATUM:

Zavod za radiologiju i ultrazvuk

Pročelnica Zavoda: Prim. Dr. sc. Klauđija Višković

specijalist radiologije, subspecijalist ultrazvuka, viši znanstveni suradnik

INFORMIRANI PRISTANAK

1. ZA INTRAVENSKO PRIMANJE KONTRASTNOG SREDSTVA kod sljedećih radioloških pretraga: kompjutorizirane tomografije (CT) i intravenske urografije (IVU). Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja kako biste nam pomogli u procjeni rizika provođenja radiološke kontrastne pretrage. TOČNO ODGOVORITE NA PITANJA JER TIME SMANJUJETE MOGUĆNOST POJAVE KOMPLIKACIJA:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Jeste li već primili kontrastno sredstvo kroz venu npr. kod CT ili IVU? | DA | NE |
| 2. Ako da, jeste li imali kakvih problema? | DA | NE |
| 3. Jeste li alergični na lijekove, boje, hranu (posebno jod)?
-Ako da, napišite | DA | NE |
| 4. Imate li astmu (zađuhu)? | DA | NE |
| 5. Jeste li srčani ili bubrežni bolesnik? | DA | NE |
| 6. Imate li šećernu bolest (diabetes mellitus)? | DA | NE |
| 7. Bolujete li od multiplog mijeloma, bolesti štitnjače, anemije srpastih stanica, oštećenja jetre? | DA | NE |
| 8. Postoji li mogućnost da ste u drugom stanju (trudni)? | DA | NE |

Postoje određeni rizici/komplikacije koji mogu nastati tijekom izvođenja ili nakon radiološke pretrage uz upotrebu kontrastnog sredstva. To su:

Uobičajene i blage smetnje:

Osjećaj topline kroz tijelo, metalni okus u ustima, blaža mučnina i povraćanje, lagana alergija osip praćen svrbežom, kihanje

Rijetke i umjereno teške smetnje:

Oticanje lica, smetnje disanja (kratak dah) uz osjećaj gušenja, smanjena funkcija bubrega (od značenja ukoliko već imate bubrežnu bolest)

Izuzetno rijetke i teške smetnje:

Teška alergijska reakcija (kao npr. anafilaktički šok) koja vrlo rijetko može završiti s teškim komplikacijama pa i fatalno

2. ZA IZLAGANJE IONIZIRAJUĆEM ZRAČENJU kod svih radioloških pretraga izuzev UZV (ultrazvuka) i MR (magnetne rezonancije). Sve radiološke metode izuzev UZV i MR koriste RTG (rentgenske) zrake, tj. ionizirajuće zračenje, koje mjerimo u mSv (milisievert). Doze koje se primjenjuju u dijagnostičkoj radiologiji su na današnjim modernim uređajima znatno snižene. Primjera radi, svaki čovjek od prirodnih izvora zračenja u godini dana primi dozu od oko 3-5 mSv, a pretrage poput RTG pluća ozračuju pacijenta s oko 0,5 mSv, dok CT pretrage donose znatno veću dozu od oko 8 mSv za CT toraksa odnosno oko 10 mSv za CT abdomena.

Opasnost se javlja kod pacijenata kojima su potrebne opetovane kontrole putem CT uređaja te se brzo mogu skupiti visoke doze. Također, mlade osobe su osjetljivije na oštećenja uzrokovana ionizirajućim zračenjem, pogotovo djeca.

Nažalost nije moguće predvidjeti točan rizik od oštećenja ionizirajućim zračenjem. U radiološkoj literaturi se opisuje da rizik za razvoj karcinoma uzrokovanog zračenjem u pacijenta koji je ozračen dozom od 10 mSv iznosi 1:2000.

Današnji CT uređaji maksimalno smanjuju količinu zračenja, ali daju i iznimno detaljan i kvalitetan uvid u anatomsko i funkcionalno stanje pacijenta koje može imati ključan utjecaj na daljnje liječenje. Upravo iz ovog razloga potrebno je razborito pristupiti CT dijagnostici.

3. IZJAVA PACIJENTA

Liječnik koji me uputio na pretragu objasnio mi je moje medicinsko stanje i predložio gore navedenu radiološku pretragu. Razumijem sve moguće rizike pretrage, kao i važnost njena provođenja u svrhu postavljanja dijagnoze. Također sam upoznat/a s drugim dijagnostičkim mogućnostima. Mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

Svojim potpisom potvrđujem da sam upoznat/a s gore navedenim činjenicama i **PRISTAJEM** na navedenu pretragu

POTPIS:

Svojim potpisom **ODBIJAM** navedenu pretragu te prihvaćam sve rizike za moje zdravlje koji mogu proizaći iz moje odluke

POTPIS:

Obrazac nije potpisan od strane pacijenta jer mu to njegovo zdravstveno stanje onemogućuje:

POTPIS I PEČAT ZDRAVSTVENOG DJELATNIKA KOJI JE OBAVIO PRETRAGU:

PACIJENTA INFORMIRAO: (potpis i pečat zdravstvenog djelatnika):