

INFORMIRANI PRISTANAK ZA EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIJU

Ime i prezime pacijenta:	
Spol (zaokružiti):	Muški Ženski
Datum rođenja:	
Adresa stanovanja:	
MBO/OIB:	
Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika:	

OBAVIJEST O OBRADI OSOBNIH PODATAKA:

NAZIV USTANOVE Vaše osobne podatke, koji uključuju i podatke o vašem zdravlju, obrađuje i čuva u svrhu pružanja potrebne zdravstvene usluge kako bi s tim u vezi ispunila/ispunio sve zakonske obveze koje ima kao pružatelj tih usluga. Određene osobne podatke NAZIV USTANOVE je zakonski dužna/dužan otkriti pojedinim nadležnim tijelima. Vaše osobne podatke NAZIV USTANOVE arhivira u zakonom propisanim rokovima čuvanja.

Sukladno zakonskim propisima o zaštiti osobnih podataka imate pravo biti obaviješteni kako se Vaši osobni podaci obrađuju, kao i pravo na prijenos, pravo na izmjenu i pravo na ograničenu obradu osobnih podataka. Pravo na brisanje osobnih podataka također možete ostvariti u zakonom dopuštenim okvirima.

Više informacija o politici zaštite osobnih podataka možete pronaći na internetskim stranicama.

Zahtjeve za ostvarenjem ovdje navedenih prava, upite ili prigovore možete podnijeti putem e-maila na adresu: NAVESTI e-mail USTANOVE ILI ODGOVORNE OSOBE.

OPIS POSTUPKA:

Vi ste pacijent/ica NAVESTI USTANOVU.

Vaš je liječnik zbog vaših tegoba preporučio da je potrebno učiniti pregled – ezofagogastroduodenoskopiju (gastroskopiju).

Molimo Vašu suglasnost za ovaj postupak koji je neophodan za Vaše daljnje liječenje.

Ezofagogastroduodenoskopija je pretraga koja se izvodi savitljivim instrumentom poput cijevi, a služi za dijagnostiku ili terapiju bolesti gornjeg probavnog sustava: jednjaka, želuca i dvanaesnika. Aparat i sav potreban pribor je neposredno prije izvođenja pretrage očišćen i dezinficiran/steriliziran prema standardiziranim preporukama. Prije pretrage bolesnik ne smije ništa jesti najmanje desetak sati prije izvođenja pregleda, a dan ranije se preporučuje lagani obrok kako u želucu kod pregleda ne bi bilo zaostale hrane. Time se omogućuje kvalitetniji pregled i smanjuje opasnost povraćanja. Pretraga se izvodi tako da pacijent leži na lijevom boku uz blago savinutu glavu prema prsima. U usta se postavlja usnik kojeg je potrebno lagano stisnuti zubima ili zubnim mesom (štiti zube od oštećenja, a endoskop od ugriza). Tijekom pretrage potrebno je pažljivo slušati upute koje daje liječnik. Za vrijeme pregleda možete normalno disati. Instrument se postupno uvodi kroz usnu šupljinu u jednjak, želudac i dvanaesnik. Tijekom pretrage može se, prema procjeni liječnika koji izvodi pretragu, uzeti uzorak tkiva za analizu ili učiniti druga potrebna intervencija. Pretraga se u pravilu dobro podnosi. Najčešće uzrokuje nelagodu, ponekad možete osjetiti pritisak, nadutost ili bol u grlu, a sve smetnje u pravilu nestaju ubrzo nakon pregleda s izuzetkom minimalne boli u grlu koja može potrajati nešto duže.

Nalaz endoskopskog pregleda dobiti ćete odmah po završetku pretrage, a nalaz patohistološke analize (ukoliko je učinjena biopsija i/ili odstranjena neka promjena sluznice poput polipa) biti će gotov naknadno. Upute o tome kada možete jesti i piti nakon ezofagogastroduodenoskopije dati će Vam liječnik nakon pregleda.

EVENTUALNI RIZICI:

Ezofagogastroduodenoskopija je sigurna metoda. Komplikacije su rijetke, ali moguće: aspiracija tekućine ili hrane ukoliko niste natašte, ispadanje i gušenje zubnom protezom ukoliko je imate, a nije izvađena prije pretrage te nadutost i podrigivanje zbog davanja zraka tijekom izvođenja pretrage. Rijetko je moguće površno krvarenje sluznice koje vrlo brzo samo prestaje. Rijetko se može javiti krvarenje iz rascjepa jednjaka zbog napinjanja pri pregledu. Nakon uzimanja uzorka tkiva i/ili odstranjenja promijenjene sluznice može se javiti i veće krvarenje. Ako dođe do većeg krvarenja, ono se odmah zaustavlja različitim metodama poput ubrizgavanja određenih otopina u mjesto krvarenja, metalnim kopčama i/ili korištenjem termalne energije različitih izvora. Alergijska reakcija na primijenjeno terapijsko sredstvo (npr. pri zaustavljanju krvarenja poput adrenalina ili drugog sredstva) je rijetka i može se spriječiti ukoliko liječnika prije započinjanja pretrage obavijestite na što ste alergični. Bakterijske ili virusne infekcije su rijetke jer se aparat i sva pomoćna sredstva za izvođenje ezofagogastroduodenoskopije peru te dezinficiraju/steriliziraju prije izvođenja pretrage. Simptomi na koje morate obratiti pažnju nakon obavljene pretrage te odmah obavijestiti nadležnog liječnika jesu intenzivna bol u prsima ili trbuhu, nemogućnost disanja, povraćanje krvavog sadržaja, crno ili crveno obojena stolica.

MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK:

Radiološka pretraga jednjaka, želuca i dvanaesnika je kontrastna pretraga kojom se mogu pronaći veća oštećenja ili procesi u navedenim organima, ali se ne mogu detaljno prikazati manje promjene sluznice niti je moguće uzeti uzorke tkiva za analizu.

PRISTANAK PACIJENTA NA TERAPIJSKI/DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK:

Pročitao sam obrazac Informiranog pristanka i razumijem navedene informacije o ezofagogastroduodenoskopiji.

Potvrđujem da sam o tome razgovarao s liječnikom koji mi je objasnio moje zdravstveno stanje i predložio pretragu, te da sam pritom liječniku mogao/la postaviti pitanja u svrhu razjašnjavanja nejasnoća koja sam eventualno imao/la.

Zadovoljan/na sam odgovorom liječnika na sva moja pitanja.

Ovime pružam informirani pristanak i suglasnost za provođenje ezofagogastroduodenoskopije i upotrebu mojih zdravstvenih podataka kako bi mi se pružila potrebna zdravstvena usluga.

VLASTORUČNIM POTPISOM POTVRĐUJEM I SLIJEDEĆE:

Razumijem da se zakoni koji štite privatnost i povjerljivost medicinskih podataka također primjenjuju kod ovog terapijskog/dijagnostičkog postupka.

Razumijem da imam pravo uskratiti ili povući svoj pristanak na uporabu ovog terapijskog/dijagnostičkog postupka u bilo koje vrijeme, bez utjecaja na moje pravo na buduću njegu ili liječenje.

Razumijem da imam pravo uvida u sve dobivene i zabilježene informacije tijekom ovog dijagnostičkog postupka te da mogu dobiti kopije nalaza.

Napomena: _____

Potpis odgovornog liječnika za obavljanje postupka Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika

Mjesto i datum: _____, _____