



Poliklinika Medikol

UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT KOLONOGRAFIJU

OB-140/0

Ime i prezime: _____

Spol M Ž

Datum i mjesto rođenja: _____

MBO: _____

Adresa: _____

Tel: _____

Termin pretrage (datum i vrijeme): _____

Bolujete li od:

ZATAJENJA BUBREGA	DA	NE
BOLESTI ŠTITNJACE	DA	NE
ŠEĆERNE BOLESTI	DA	NE
BOLESTI SRCA	DA	NE
ALERGIJE NA JOD	DA	NE
ASTME	DA	NE
GLAUKOMA	DA	NE
MIJASTENIJA GRAVIS	DA	NE

Jeste li dosad primali kontrast kod radioloških pregleda? DA NE Kod kojih pretraga? _____

Jeste li u zadnja 24 sata primili bilo kakvo kontrastno sredstvo? DA NE

Navedite druge moguće alergije ili poteškoće koje ste imali pri prethodnim pregledima

Pristajete li na davanje kontrastnog sredstva ako to pregled zahtijeva: DA NE

Naljepnica kontrasta:

Koliko mi je poznato nisam trudna, a ujedno shvaćam da u slučaju trudnoće ovaj pregled može štetiti mojem nerođenom djetetu.

(potpis)

SUGLASNOST

za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka

U skladu s člancima 8. i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata, upoznat/a sam na meni razumljiv način s potrebom za ovaj pregled, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

Stoga izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta) koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem suglasnost za prihvaćanje pregleda (MSCT kolonografije /3D virtualne kolonoskopije) što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Potpisom na ovoj suglasnosti ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.

*(Napomena: za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta potrebno je navesti i ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, koji se potom potpisuje)

Ispunjava medicinsko osoblje:

(potpis)

Napomene uz pregled:

Informirao pacijenta: _____

(ime i prezime, potpis)