



UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT

OB-125/3

Lokacija: _____

Ime i prezime: _____

Spol M Ž

Datum i mjesto rođenja: _____

MBO: _____

Adresa: _____

Tel: _____

Visina / težina: _____ / _____

MSCT pretraga(koji dio tijela): _____

Termin pretrage (datum i vrijeme): _____

Bolujete li od:

ZATAJENJA BUBREGA	DA	NE
BOLESTI STITNJACE	DA	NE
SECERNE BOLESTI	DA	NE
BOLESTI SRCA	DA	NE
ALERGIJE NA JOD	DA	NE
ASTME	DA	NE

Jeste li dosad primali kontrast kod radioloških pretraga? DA NE

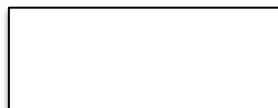
Kod kojih pretraga? _____

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

Navedite druge moguće alergije ili poteškoće koje ste imali pri prethodnim pretragama _____


Pristajete i na davanje kontrastnog sredstva ako to pretraga zahtijeva: _____ DA NE

Naljepnica kontrasta:



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

(potpis)

 Poliklinika Medikol	UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT	OB-125/3
---	-------------------------------------	----------

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 ovu pretragu, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam po staviti 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 pretrage MSCT (kompjuterizirana tomografija) što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

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

*(Napomena: za pacijenta koji nije pri svijesti, 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)

(potpis pacijenta/skrbnika)

IZJAVA O ODBIJANJU 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 pretragu, 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 izjavu o odbijanju pretrage MSCT (kompjuterizirana tomografija) što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Potpisom na ovoj izjavi o odbijanju ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.

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

(potpis pacijenta/skrbnika)

Ispunjava medicinsko osoblje:

Napomene uz pretragu:

Informirao pacijenta: _____
(ime i prezime, potpis)