



Poliklinika Medikol

**UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT
KORONAROGRAFIJU**

OB-126/3

Lokacija: _____

Ime i prezime: _____

Spol M Ž

Datum i mjesto rođenja: _____

MBO: _____

Adresa: _____ Tel: _____

Visina / težina: _____ / _____ Termin pretrage (datum i vrijeme) _____

Bolujete li od:

| | | |
|-------------------|----|----|
| ZATAJENJA BUBREGA | DA | NE |
| BOLESTI ŠTITNJAČE | DA | NE |
| ŠEĆERNE BOLESTI | DA | NE |
| BOLESTI SRCA | DA | NE |
| ALERGIJE NA JOD | DA | NE |
| ASTME | 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)



Poliklinika Medikol

**UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT
KORONAROGRAFIJU**

OB-126/3

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 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 svoistvima lijeka (kontrasta), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem suglasnost za prihvaćanje MSCT koronarografije 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 ovu 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 svoistvima lijeka (kontrasta), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem izjavu o odbijanju pretrage MSCT koronarografija 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 pregled: _____

Informirao pacijenta: _____

(ime i prezime, potpis)



Poliklinika Medikol

**UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT
KORONAROGRAFIJU**

OB-126/3

| | Izradio/la | Provjerio/la | Odobrio/la |
|---------------|---|-----------------------|--|
| Ime i prezime | Hrvoje Tomljanović, predstavnik za kvalitetu i okoliš | Elvira Rakić, pravnik | Ivanka Trstenjak -Rajković, ravnateljica, dr.med.spec. |
| Potpis | | | |
| Datum | | | |