

 Poliklinika Medikol	<b>UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT</b> <b>KORONOGRAFIJU</b>	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 ŠITINJAČE	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

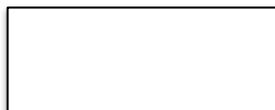
Kod kojih pretraga? \_\_\_\_\_

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 mojojem nerođenom djetetu.

\_\_\_\_\_  
*(potpis)*

 Poliklinika Medikol	<b>UPITNIK I SUGLASNOST ZA MSCT KORONOGRAFIJU</b>	OB-126/3
---	---	----------

### **SUGLASNOST za prihvatanje 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 pisanim oblicima, dajem suglasnost za prihvatanje MSCT koronografije 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 svojstvima lijeka (kontrasta), koju sam dobio/la u pisanim oblicima, dajem izjavu o odbijanju pretrage MSCT koronografije 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)

### **Ispunjavanje medicinsko osoblje:**

Napomene uz pregled: \_\_\_\_\_

---

Informirao pacijenta: \_\_\_\_\_  
(ime i prezime, potpis)