

**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 ŠTITNJACE	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)

**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 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 svojstvima 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)