Splošna bolnišnica Novo mesto

Organizacijska enota: **Center za endoskopije**
Telefon: **07 39-16-567**

PROSTOR ZA NALEPKO
/Podatki o pacientu/
(nalepka mora vsebovati zgolj naslednje podatke: ime in priimek; ulica in hišna številka; poštna številka in naziv pošte)

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU – *EUZ (ENDOSKOPSKI ULTRAZVOK) ZGORNJIH PREBAVIL*

PODATKOVNI DEL

Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	DA	NE
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik / drugačna komunikacijska metoda):		
Odgovorni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki daje pojasnilo:		

POJASNILNI DEL

(izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi)

1. Razlog obravnave:

1. Glavna diagnoza (šifra MKB):

1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):

2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):

Pisno pojasnilo v prilogi

2.1. Način izvedbe oziroma potek:

Pisno pojasnilo v prilogi

2.2. Kakršnikoli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi):

- Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov ☐
- Infuzija tekočin ali aplikacija zdravil za umiritev eventualne alergične reakcije ☐

2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi):

- Lokalno anestezijo (izvaja zdravnik internističnih strok) ☐
- Splošno anestezijo / področno anestezijo / sedacijo (izvaja anesteziolog) ☐
- Pregled anesteziologa, v kolikor bi nastopila težja alergična reakcija ☐

☐ **Priloga: Privolitev za anestezijo**

3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:

Pisno pojasnilo v prilogi

4. Pojasnilo o alternativah zdravljenja:

Pisno pojasnilo v prilogi

5. Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe:

Pisno pojasnilo v prilogi

6. Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):

Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):	
Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 6:	☐ DA ☐ NE
Pacient je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila (če jih je pacient zahteval):	☐ DA ☐ NE

Pacient ima na razpolago dodatno gradivo: Podatke o navedenem posegu je možno poiskati na internetnih straneh.
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano):
Poklicni naziv pojasnjevalca (tiskano):
Datum in ura:
Podpis pojasnjevalca:

Izjava prevajalca oziroma tolmača:
Pacientu sem prevajal oziroma tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, ki verjamem, da ga je zmožen razumeti.
Priimek in ime prevajalca (tiskano):
Poklicni naziv prevajalca (tiskano):
Datum:
Podpis prevajalca:

PRIVOLITVENI DEL

Pacientova izjava o PRIVOLITVI
Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.
Privolitev dajem **svobodno**.
Razumem pomen in posledice privolitve.
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.
Razumem, da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (to se lahko nanaša le na paciente, ki potrebujejo splošno ali lokalno anestezijo).
Razumem, da bo kakršen koli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta*:
Pacientova prepoved
Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo **nujni** med mojim zdravljenjem. Navajam postopke/posege, **za katere NE želim, da bi bili izvedeni:**

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta*:

** V primeru zdravstvene oskrbe otroka, pri čemer se za otroka šteje oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost, privolitev podajo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica.*

PRIVOLITEV O PRISOTNOST DRUGIH OSEB

Strinjam se, da so pri zdravstveni obravnavi navzoče naslednje osebe:

Ime in priimek: _____
Razmerje do pacienta: _____
Opombe:_____

SB Novo mesto je **učna ustanova, zato dovoljujem**, da so pri zdravstveni obravnavi prisotne naslednje osebe:

- Študentje ali dijaki izobraževalnih ustanov s področja zdravstva, sociale, farmacije, pedagogike ☐ DA ☐ NE Omenitve oziroma druge opombe: _____
- Zdravniki ali drugi strokovnjaki zaradi izpopolnjevanja ali usposabljanja ☐ DA ☐ NE Omenitve oziroma druge opombe: _____
- Druge osebe (predstavniki farmacevtskih družb,….): ☐ DA ☐ NE
- Omenitve oziroma druge opombe: _____

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRIVOLITEV ZA UPORABO PODATKOV V RAZISKAVAH IN ZA IZOBRAŽEVALNE NAMENE

Strinjam se in dovoljujem, da se moji zdravstveni in osebni podatki v anonimizirani obliki uporabijo v zdravstvenoraziskovalnih raziskavah, ki jih izvaja oz. v katerih sodeluje SB Novo mesto, z namenom izboljšanja metod zdravljenja ter spremljanja in analize kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in privoljujem, da se me **tudi po zaključeni zdravstveni obravnavi kontaktira** (klic, vprašalnik, pregled,…) z namenom preveritve zdravstvenega stanja in nadaljnje analize podatkov.

☐ DA ☐ NE

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRIVOLITEV OZIROMA PREPOVED OBDELAVE OSEBNIH PODATKOV SPOROČANJE INFORMACIJ O ZDRAVSTVENEM STANJU

Dovoljujem obdelavo osebnih podatkov in sporočanje informacij o zdravstvenem stanju:
☐ vsem ☐ naslednjim osebam:

- Ime in priimek, razmerje do pacienta, kontaktni podatki _____
- Ime in priimek, razmerje do pacienta, kontaktni podatki _____
- ☐ nikomur

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

Priloga

EUZ (ENDOSKOPSKI ULTRAZVOK) ZGORNJIH PREBAVIL

Endoskopski ultrazvok je slikovna diagnostična metoda za ugotavljanje in opredelitev sprememb, ki so na ali pod površino sluznice zgornje prebavne cevi (požiralnik, želodec, dvanajstnik), za vrednotenje trebušne slinavke, žolčevodov in sprememb v danki. Ob pravih indikacijah ima prednost pred drugimi slikovnimi preiskavami (UZ, CT, MRI).

Za pregledovanje uporabljamo tanek in upogljiv inštrument – endoskop, ki ima v konici vgrajeno ultrazvočno sondo. S pomočjo endoskopa jo približamo mestu, ki ga želimo preiskati. Sonda s pomočjo ultrazvočnih valov ustvari sliko notranjih organov.

Priprava na poseg
Najmanj 6-8 ur pred preiskavo morate biti TEŠČ – ne uživate hrane, dovoljeno je nekaj požirkov vode.

Kako poteka EUZ preiskava?
Pred **EUZ preiskavo zgornjih prebavil** vam z lokalnim anestetikom omrtvimo žrelo. Med preiskavo imate v ustih zaščitni ustnik zaradi zaščite zob in endoskopa pred ugrizom. Ležite na levem boku. V tem položaju vam zdravnik uvede endoskop skozi usta v požiralnik in nato v želodec in dvanajstnik. Preiskava ni boleča, dihate lahko normalno. Sline, ki se vam nabira v ustih, ne požirajte, temveč pustite, da prosto izteka iz ustne votline. Ker ultrazvočni pregled zahteva gledanje v tekočem mediju, Vam zdravnik občasno v prebavila vbrizga vodo.

Ob prihodu na EUZ ZGORNJIH PREBAVIL OBVEZNO prinesite s seboj:

- veljavno napotnico, kartico zdravstvenega zavarovanja, izvide specialista in/ali preiskav (GASTROSKOPIJA, UZ).

Možni zapleti
Vsaka endoskopska preiskava predstavlja za bolnika določeno tveganje za zaplete, vendar so pri EUZ zapleti zelo redki. Najhujši, na srečo izjemno redek zaplet, je predrtje prebavne cevi, ki zahteva kirurško operativno zdravljenje. Zelo redko se zgodi, da bolnik zakrvavi na mestu prehoda med požiralnikom in želodcem zaradi pretiranega spahovanja in nemira med preiskavo. Krvavitev se običajno obvlada endoskopsko, če pa to ni možno, je potrebno operativno zdravljenje. Drugi manjši zapleti so lahko posledica preobčutljivosti na zdravila, ki ste jih prejeli, ali zapleti s strani vaše osnovne bolezni.

Pred podpisom soglasja je obvezno potrebno izpolniti naslednjo tabelo, v kateri so navedena zdravila, ki motijo strjevanje krvi.

	DA	NE		DA	NE		DA	NE
Marevan			**DuoPlavin**			**Efient**		
Sintrom			**Concorasa**			**Eliquis**		
Aspirin			**Klopidogrel Actavis**			**Pradaxa**		
Tagren			**Klopidogrel Teva**			**Xarelto**		
Cardiopirin			**Zyllt**			**Fragmin**		
Andol			**Clopez**			**Fraxiparine**		
Asasantin			**Plavix**			**Clexane**		
Brilique			**Pontius**			**Arixtra**		

Kaj lahko pričakujete po EUZ preiskavi?
Zaradi zraka ali vode v želodcu lahko občutite napihnjenost v zgornjem delu trebuha. Rahla bolečina v grlu mine sama od sebe. **Še najmanj pol do ene ure** po preiskavi ne priporočamo uživanja hrane in pijače!

Takojšen posvet z vašim zdravnikom je potreben v primeru naslednjih znakov:

- huda bolečina za prsnico ali v trebuhu
- kri v izbruhanem, črno lepljivo blato, omotica, kolaps
- vročina in/ali mrzlica

Kaj če se za EUZ ZGORNJIH PREBAVIL ne odločim?
Brez opravljene preiskave ni možno pojasniti vzroka za težave, zaradi katerih ste bili napoteni na EUZ zgornjih prebavil. Brez poznanega vzroka za težave vas ne moremo ustrezno zdraviti, kar lahko dolgoročno močno poslabša vaše zdravstveno stanje.

PROSIMO, DA PRED PODPISOM SOGLASJA ZA PREISKAVO VPRAŠATE ZDRAVNIKA O STVAREH, KI JIH IZ ZGORNJEGA POJASNILA NISTE RAZUMELI ALI O KATERIH ŽELITE ŠE DODATNA POJASNILA!