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 – *BRONHOSKOPIJA*

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:

1.1. 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 anestezijo).
Razumem, da bo kakršenkoli 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

PISNA PRIVOLITEV BOLNIKA Z RAZLAGO POSEGA BRONHOSKOPIJE

SPOŠTOVANI!

Glede na vaše dosedanje izvide in težave, ki jih imate, vam je zdravnik priporočil pregled dihalnih poti – bronhoskopijo, s katero bomo poskušali ugotoviti vzrok vaših težav. Pregled bomo opravili z upogljivim inštrumentom – bronhoskopom.

O poteku preiskave se boste pogovorili z zdravstvenim osebjem na endoskopskem oddelku.

Potek preiskave
Preiskava traja od 10 do 20 minut. Med pregledom boste ležali na hrbtu na preiskovalni mizi. Po nosni cevki boste prejemali kisik. Ves čas preiskave bomo spremljali vsebnost kisika v vaši krvi in srčni utrip. S skrbnim nadzorom vaših življenjskih funkcij želimo zagotoviti, da bo preiskava varna in da bo potekala brez zapletov. Sluznico nosu, grla, sapnika in bronhijev pred preiskavo dobro omrtvimo (anesteziramo). Bronhoskop uvedemo skozi nos ali skozi usta in med glasilkama vstopimo v sapnik. Med preiskavo ne boste smeli govoriti, dihali pa boste lahko brez težav. Na morebitne težave, ki jih boste imeli med preiskavo, nas boste opozorili z dvigom roke. Zdravnik bo med posegom morda opravil biopsijo (odvzem tkiva za pregled v laboratoriju), kar pa za vas ne bo boleče. Med preiskavo skušajte ostati mirni in sproščeni, dihajte počasi in sledite navodilom medicinske sestre in zdravnika. Ce boste želeli, boste lahko potek preiskave spremljali na monitorju. Zaupajte zdravniku in ekipi, saj so za opravljanje te preiskave dobro izurjeni. Pred preiskavo nas obvestite, če ste noseči ali domnevate, da bi lahko bili.

Prosimo vas, da:
- 24 ur pred preiskavo ne kadite,
- 6 ur pred preiskavo ne uživate hrane in tekočin,
- vzamete zdravila po posvetu z zdravnikom (npr. zdravila, s katerimi zdravite povišan krvni tlak).

Možne neprijetnosti in zapleti
Bronhoskopija je varna diagnostična preiskava. Ni boleča, vendar pa je nekoliko neprijetna (draženje na kašelj). Zapleti so redki in običajno nenevarni. Nekaj ur po preiskavi se lahko pojavi povišana telesna temperatura. To se zgodi pri manj kot 10 % bolnikov, traja nekaj ur in spontano mine. Redko se pojavi bakterijsko vnetje, ki ga moramo zdraviti z antibiotikom. Sledove krvi v izmečku lahko opazite še dan ali dva po preiskavi, posebno takrat, ko so odvzeti koščki tkiva. Take krvavitve niso nevarne. V primeru izkašljevanja večje količine krvi in bolečin v prsnem košu obiščite vašega izbranega zdravnika. Zelo redko pride do vdora zraka v prsno votlino – pnevmotoraksa. Pojavi se lahko tudi prehodna hripavost. Zapleti v delovanju srca so izjemno redki.

Postopek po preiskavi
Zaradi lokalne anestezije bo požiranje začasno moteno, zato eno do dve uri po preiskavi ne smete jesti ali piti, saj lahko hrana ali tekočina zaide v sapnik. Prostore bolnišnice Novo mesto zapustite šele po posvetu z zdravstvenim osebjem. Svetujemo vam, da 24 ur po posegu ne vozite motornih vozil.
Več dodatnih pojasnil lahko dobite pri zdravniku/zdravnici in medicinski sestri na oddelku, kjer ležite, ali na endoskopskem oddelku.

Pred podpisom soglasja je obvezno potrebno izpolniti naslednjo tabelo o jemanju zdravil, 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**		

Povejte, če ste alergični na zdravila (antibiotiki ali analgetiki), obliže, lokalne anestetike, kontraste itd. Obvestite nas o morebitni nosečnosti. Povejte zdravniku, če se zdravite zaradi hemofilije in ste nagnjeni k obsežnejšim krvavitvam po poškodbi in izdrtju zoba.

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!