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 – *REKTOSKOPIJA*

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

REKTOSKOPIJA

Spoštovani!

Vaš zdravnik vam je zaradi vaših zdravstveni težav svetoval, da opravite **rektoskopijo**, endoskopsko preiskavo, za katero **potrebujemo vaše pisno soglasje**. Da bi se lažje odločili vas želimo z naslednjimi vrsticami seznaniti o načinu izvedbe, pomenu in morebitnih zapletih preiskave. O vseh morebitnih nejasnostih in dodatnih vprašanjih glede preiskave pa se **pred dokončno odločitvijo pogovorite z našim zdravnikom.**

Rektoskopija je preiskava končnega dela črevesa, pri kateri z neupogljivim (togim) endoskopskim aparatom-rektoskopom, ki ga skozi zadnjično odprtino uvedemo v črevo, pregledamo končni del debelega črevesja. Med preiskavo moramo črevo napihovati z zrakom, da si lahko natančno ogledamo sluznico in ugotovimo morebitne bolezenske spremembe, kar povzroča občasno neprijeten občutek **napihnjenosti in napetosti v trebuhu**. Aparat je priklopljen na vir hladne svetlobe.

Z rektoskopijo ugotovimo in opredelimo bolezni končnega dela črevesa- rektuma.
Rektoskopijo je potrebno opraviti v primeru krvavitev iz prebavil, pojavu sveže krvi v blatu, težavah s hemeroid, pri vnetjih, razpokah v predelu zadnjične odprtine, pekočih bolečinah in/ali srbenju v predelu zadnjične odprtine in motnjah odvajanja.

Pred preiskavo se je potrebno namestiti na posebno pregledovalno mizo v komolčno kolenski položaj. Zdravnik najprej s prstom otipa zadnjično odprtino, nato v črevo uvede rektoskop. Preiskava omogoča pregled cca 15-25 cm končnega dela debelega črevesja in tudi odvzem vzorcev tkiva za histološki pregled.

Kot pri vseh preiskavah so tudi pri rektoskopiji možni zapleti, vendar so pri tej vrsti preiskave izjemno redki. Po opravljeni preiskavi boste morda občutili krče, ki so posledica vpihovanja zraka in bodo po odvajanju vetrov minili. Pri biopsiji se lahko sproži manjša krvavitev, ki običajno mine sama po sebi. Izjemno redke so poškodbe ali predrtje stene črevesa, v tem primeru pa je potrebna operacija.

Da bi tveganje zapletov kar najbolj **zmanjšali**, je zelo pomembno, da se na preiskavo **dobro pripravite** po navodilu, ki ste ga prejeli. Pomembno je, da nas **opozorite**, če ste nagnjeni k **prekomernih krvavitvam**, če prejemate **zdravila proti strjevanju krvi** ali **Aspirin,** če imate **alergijo** na kakršnekoli snovi ali se zdravite zaradi kakšne **kronične bolezni**.

Če imate v zvezi s preiskavo še kakšna vprašanja, vas prosimo, da se pred podpisom soglasja k preiskavi, o njih pogovorite z našim zdravnikom.

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**		

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!