

INFORMIRANI PRISTANAK ZA ENDOSKOPSKU RETROGRADNU KOLANGIOPANKREATOGRAFIJU (ERCP)

Ime i prezime pacijenta:	
Spol (zaokružiti):	Muški Ženski
Datum rođenja:	
Adresa stanovanja:	
MBO/OIB:	
Ime i prezime zakonskog zastupnika/skrbnika:	

OBAVIJEST O OBRADI OSOBNIH PODATAKA:

NAZIV USTANOVE Vaše osobne podatke, koji uključuju i podatke o vašem zdravlju, obrađuje i čuva u svrhu pružanja potrebne zdravstvene usluge kako bi s time u vezi ispunila/ispunio sve zakonske obveze koje ima kao pružatelj tih usluga. Određene osobne podatke NAZIV USTANOVE je zakonski dužna/dužan otkriti pojedinim nadležnim tijelima. Vaše osobne podatke NAZIV USTANOVE arhivira u zakonom propisanim rokovima čuvanja.

Sukladno zakonskim propisima o zaštiti osobnih podataka imate pravo biti obaviješteni kako se Vaši osobni podaci obrađuju, kao i pravo prijenosa, pravo na izmjenu i pravo na ograničenu obradu osobnih podataka. Pravo brisanja osobnih podataka također možete ostvariti u zakonom dopuštenim okvirima.

Više informacija o politici zaštite osobnih podataka možete pronaći na internetskim stranicama NAZIV USTANOVE.

Zahtjeve za ostvarenjem ovdje navedenih prava, upite ili prigovore možete podnijeti putem e-maila na adresu: NAVESTI e-mail USTANOVE I/ILI OVLAŠTENE OSOBE.

OPIS POSTUPKA:

Vi ste pacijent/ica NAZIV USTANOVE.

Vaš je liječnik zbog vaših tegoba preporučio da je potrebno učiniti postupak – endoskopsku retrogradnu kolangiopankreatografiju (ERCP).

Molimo Vašu suglasnost za ovaj postupak koji je neophodan za Vaše daljnje liječenje.

ERCP je pretraga koja se izvodi savitljivim instrumentom poput cijevi. Liječnik uvodi endoskop kroz bolesnikova usta, kroz jednjak i želudac u dvanaesnik gdje je izlazište žučnog i gušteračnog voda. Potom se tanka plastična cjevčica uvede kroz radni kanal endoskopa i kroz nju se u žučne vodove i/ili vod gušterače ubrizgava kontrastno sredstvo. Ovime se omogućuje - pod kontrolom rendgenskih zraka - prikaz eventualnih patoloških procesa u žučnim vodovima i/ili vodu gušterače. Za vrijeme pretrage moguće je učiniti intervenciju, poput odstranjenja kamenaca iz žučnih vodova ili postaviti cjevčice u svrhu postizanja prohodnosti žučnih vodova ako su oni začepjeni. Aparat i sav potreban pribor je neposredno prije izvođenja pretrage očišćen i dezinficiran/steriliziran prema standardiziranim preporukama. Prije pretrage bolesnik ne smije ništa jesti najmanje desetak sati prije izvođenja pregleda, a dan ranije se preporučuje lagani obrok kako u želucu kod pregleda ne bi bilo zaostale hrane. Time se omogućuje kvalitetniji pregled i smanjuje opasnost povraćanja. Pretraga se izvodi tako da pacijent leži na trbuhu ili lijevom boku uz blago savinutu glavu prema prsima. U usta se postavlja usnik kojeg je potrebno lagano stisnuti zubima ili zubnim mesom (štiti zube od oštećenja, a endoskop od ugriza). Tijekom pretrage potrebno je pažljivo slušati upute koje daje liječnik. Za

vrijeme pregleda možete normalno disati. Instrument se postupno uvodi kroz usnu šupljinu u jednjak, želudac i dvanaesnik.

Pretraga se u pravilu dobro podnosi. Najčešće uzrokuje nelagodu, ponekad možete osjetiti pritisak, nadutost ili bol u grlu, a sve smetnje u pravilu nestaju ubrzo nakon pregleda s izuzetkom minimalne boli u grlu koja može potrajati nešto duže. Procedura može i ne mora zahtijevati sedaciju ili anesteziju bolesnika.

Nalaz endoskopskog pregleda dobiti ćete odmah po završetku pretrage, a nalaz patohistološke analize (ukoliko je učinjena biopsija i/ili odstranjena neka promjena sluznice) biti će gotov naknadno.

Pretraga u većini slučajeva zahtjeva preventivno uzimanje antibiotika na dan pretrage. Sljedeće jutro će uspješnost pretrage biti utvrđena uzimanjem krvi i kliničkim pretragama.

MOGUĆI RIZICI:

ERCP nije pretraga bez rizika. Najčešće komplikacije su mučnina, nagon na povraćanje i bolovi nakon procedure, alergijske reakcije na kontrastno sredstvo ili lijekove koje bolesnik dobije prije i za vrijeme procedure te upala gušterače i krvarenje nakon zahvata koja se javlja u oko 2-5% slučajeva nakon procedure, Od ostalih rizika moguća su oštećenja zubi prilikom uvođenja aparata, perforacija (puknuće) jednjaka, želuca ili dvanaesnika, infekcija vrata, prsišta ili trbušne šupljine kao posljedica perforacije.

Bakterijske i virusne infekcije dobivene preko endoskopa su rijetke jer se aparat i pomoćna sredstva tretiraju procesima sterilizacije prije izvođenja pretrage. Važno je napomenuti da se ne može garantirati da će se postavljeni cilj pretrage u konačnici i izvršiti. Ukoliko se ovom pretragom ne uspije riješiti uzrok tegoba, bolesniku će biti ponuđene druge terapijske opcije ukoliko one postoje.

MOGUĆNOST ZAMJENE ZA PREPORUČENI POSTUPAK: Pojednim radiološkim metodama moguće je otkriti različite promjene na gušterači i žučnim vodovima, ali pritom nije moguć terapijski postupak (vađenje kamenaca iz žučnih vodova, postavljanje cjevčica u žučni vod i sl.).

PRISTANAK PACIJENTA NA TERAPIJSKI/DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK:

Pročitao sam obrazac Informiranog pristanka i razumijem navedene informacije o endoskopskoj retrogradnoj kolangiopankreatografiji (ERCP).

Potvrđujem da sam o tome razgovarao s liječnikom koji mi je objasnio moje zdravstveno stanje i predložio pretragu te da sam pritom liječniku mogao/la postaviti pitanja u svrhu razjašnjavanja nejasnoća koja sam eventualno imao/la.

Zadovoljan/na sam odgovorom liječnika na sva moja pitanja.

Ovime dajem pristanak i suglasnost za provođenje endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije i upotrebu mojih zdravstvenih podataka kako bi mi se pružila potrebna zdravstvena usluga.

VLASTORUČNIM POTPISOM POTVRĐUJEM SLJEDEĆE:

Razumijem da se zakoni koji štite privatnost i povjerljivost medicinskih podataka također primjenjuju kod ovog terapijskog/dijagnostičkog postupka.

Razumijem da imam pravo uskratiti ili povući svoj pristanak na uporabu ovog terapijskog/dijagnostičkog postupka u bilo koje vrijeme, bez utjecaja na moje pravo na buduću njegu ili liječenje.

Razumijem da imam pravo uvida u sve dobivene i zabilježene informacije tijekom ovog dijagnostičkog postupka te da mogu dobiti kopije nalaza.

Napomena: _____

Potpis odgovornog liječnika za obavljanje postupka Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika

Mjesto i datum: _____, _____