

Nacionalna memorijalna bolnica "Dr. Juraj Njavro" Vukovar
ODJEL ZA RADIOLOGIJU
Ambulanta za CT dijagnostiku
VUKOVAR, Županijska 37

Ime i prezime: _____ Datum pregleda: _____

Adresa, tel. : _____ Datum rod. : _____
(za ambulantnog bolesnika)

Klinika/zavod/odjel: _____ Tjelesna težina: _____
(za hospitaliziranog bolesnika)

Koji dio tijela/organ se snima? _____

Pitanja koja slijede pročitajte pažljivo i odgovorite zaokruživanjem ponuđenih odgovora:
O pažljivom ispunjavanju gore navedenih pitanja ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju ove pretrage.

| | | |
|---|-------|----------|
| Jeste li trudni ili postoji mogućnost trudnoće? | DA | NE |
| Jeste li alergični na kontrastna sredstva - JOD? | DA | NE |
| Na praznu liniju unesite alergije (prašina, lijekovi, pelud, etc...) | _____ | |
| Bolujete li od bolesti štitnjače? | DA | NE |
| Uzimate li nadomjesnu terapiju , za štitnjaču, a ako uzimate navedite ime lijeka? | DA | NE _____ |
| Jeste li učinili pretragu krvi, uree i kreatinina? | DA | NE |
| Bolujete li od povišenog tlaka i da li ste uzeli lijek? | DA | NE |
| Bolujete li od težih srčanih ili bubrežnih bolesti? | DA | NE |
| Bolujete li od šećerne bolesti i uzimate li u terapiji Metformin? | DA | NE |

Sukladno članku 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti sam upoznat-a, na meni razumljiv način, s prirodom moje bolesti suglasan-na sam s očekivanim medicinskim intervencijama potrebnim u obradi i liječenju moje bolesti.
Upoznat-a sam s koristi, mogućim komplikacijama i neugodama predmijevanih pretraga.

Potvrđujem da su gore navedeni odgovori istiniti, te da sam u slučaju medicinske indikacije suglasan-na sa primjenom i.v. kontrastnog sredstva, što i vlastoručno potpisujem.

Datum: _____

Potpis _____

Ispunjava osoblje Odjela za radiološku dijagnostiku.

Ako bolesnik nije u stanju potpisati gore navedeni upitnik navedite zašto i navedite tko se umjesto njega potpisao i jamči istinitost podataka. _____

Vrjednost krvnog tlaka neposredno prije pretrage: _____ / _____ mm/Hg

Ako je bolesnik komatozan, premlad ili konfuzan jeste li provjerili sigurnost snimanja s radiologom?

Zaokružite odgovor :

DA

NE

Je li potvrda pismena ili usmena:

PISMENA

USMENA

Potpis ovlaštene osobe koja je pregledala upitnik: _____

U Vukovaru, _____



INFORMIRANI PRISTANAK ZA KOMPJUTERIZIRANU TOMOGRAFIJU

Liječnik Vas je uputio na pregled kompjuteriziranom tomografijom. Ljubazno Vas molimo da u svrhu osobnog informiranja pročitate tekst u nastavku i na postavljena pitanja odgovorite zaokruživanjem potvrdnog („DA“) ili niječnog („NE“) ponuđenoga odgovora u nastavku pitanja. Ovaj obrazac predstavlja Vašu temeljnu informaciju. Ukoliko imate dodatnih pitanja, molimo Vas da se obratite radiološkom tehnologu ili radiologu.

Kompjuterizirana tomografija (CT) je radiološki pregled kojim se dobivaju slike presjeka tijela. Na taj način se pokušava dobiti detaljniji uvid u Vaše zdravstveno stanje. To može biti od presudne važnosti za moguće daljnje medicinske postupke.

CT pretraga **uvijek** podrazumjeva izlaganje Vašega organizma **izvjesnoj količini (dozi) zračenja**, uz neizbježan neželjeni učinak

na organizam. Isto tako, a s obzirom na navedeno, rendgensko zračenje **može oštetiti rasplodne stanice kao i sam nerođeni plod**, ukoliko ste u trudni u vrijeme izvođenja pretrage. Obaveza je liječnika koji Vas šalje na CT pretragu da procijeni i rizik i korist izvođenja CT pretrage.

Primjeri **okvirnih doza zračenja** pri izvođenju određenih radioloških pretraga nalaze se u tablici na slijedećoj strani.

U Vašem slučaju je interesu da prije pregleda priložite svu medicinsku dokumentaciju prethodnih laboratorijskih pretraga, kao i svih ranije učinjenih radioloških pretraga, te nalaz liječnika sa pisanom preporukom današnje CT obrade.

U čekaonici Vas molimo za strpljenje, vrijeme u koje ste naručeni nije nužno i vrijeme kada će pregled biti izvršen jer prednost imaju pacijenti upućeni iz hitnih službi, kao i bolnički pacijenti.

Pregled traje od oko desetak minuta pa naviše, ovisno o traženoj CT obradi. U prostoriji sa CT uređajem liježete na ležaj koji se za vrijeme pregleda polako pokreće kroz otvor CT uređaja. Osobito je važno da tijekom pregleda ostanete mirno ležati, izbjegavate nepotrebne pokrete, točno slijedite upute za disanje. Tijekom cijelog pregleda nalazite se pod stalnim vidnim i slušnim nadzorom stručnog osoblja koje se nalazi u susjednoj prostoriji. Postoje pretrage koje se ne mogu završiti bez **davanja kontrastnog sredstva**, tj. medicinskog tekućeg pripravka koji se pije na usta i/ili ubrizgava direktno u krvotok, obično na ruci. Ono služi u svrhu detaljnijega prikaza određenih anatomskih struktura te pomaže u prepoznavanju mogućih patoloških promjena.

Moguće komplikacije: IZNIMNO je važno da unaprijed upozorite medicinsko osoblje ukoliko ste ranije već imali **alergijske reakcije ili bilo kakve druge nuspojave** kod eventualnih ranijih medicinskih postupaka koji su uključivali primjenu kontrastnih sredstava.

Na mjestu uboda može, kao i kod svake injekcije, doći do bolova, hematoma i vrlo rijetko do infekcije, ili u slučaju da vena prsne, kontrast se može potkožno nakupiti, što se obično očituje kao bolna oteklina („kvruga“) pod kožom. Ukoliko tijekom ubrizgavanja kontrastnog sredstva osjetite bolove ili oticanje ruke, odmah, već tijekom pregleda obavijestite liječnika. Kao poznata reakcija na kontrastno sredstvo može nastati osjećaj topline tijekom davanja injekcije ili se pojaviti gorak okus u ustima. Nakon davanja kontrastnog sredstva mogu, na primjer, nastati osjećaj mučnine, povraćanje, proljev, vrtoglavica, kašalj, svrbež, kožni osip, otečenost mekih tkiva (očnih kapaka, npr.), nekada i sa odgodom od nekoliko sati, čak i dana (kožni osip, svrbež, bol u zglobovima), simptomi nalik gripi...npr.

Vrlo rijetko se javljaju **teške nuspojave** (okvirno, negdje oko 0,04% slučajeva) kao što je otežano disanje i osjećaj gušenja koje se pogoršava, brzi pad krvnog tlaka, gubitak svijesti, smetnje srčanog ritma ili grčevi, što u konačnici može završiti i smrtnim ishodom, a što je iznimno rijetko.

Nužno je da nakon intravenske aplikacije kontrasta provedete još najmanje pola sata u prostorijama Odjela da bismo na vrijeme mogli uvesti terapiju za gore spomenute potencijalne nuspojave, a koje to zahtijevaju. U slučaju pojave kasnih (odgođenih) reakcija, javite se **ODMAH** u najbližu zdravstvenu ustanovu (najbolje: u jedinicu HMP, hitnu internističku ambulantu ili kontaktirajte svojega liječnika obiteljske medicine, ovisno o tipu i težini simptoma, te raspoloživim zdravstvenim ustanovama).

Isto tako, kod intravenske aplikacije kontrastnih sredstava može doći do, uglavnom prolaznoga, oštećenja bubrežne funkcije, ili pogoršanja postojećega oštećenja funkcije bubrega, uz napomenu da velika većina pacijenata dobro podnosi kontrastno sredstvo.



NACIONALNA MEMORIJALNA BOLNICA "DR. JURAJ NJAVRO" VUKOVAR

Odjel za radiologiju

Ambulanta za CT dijagnostiku

VAŽNO: Tablica koja slijedi je samo ilustratornoga karaktera sa ciljem da približi poimanje odnosa „količine“ zračenja tijekom izvođenja različitih radioloških pretraga, a u usporedbi sa zračenjem iz prirodnih izvora (okoline). Izražene vrijednosti u tablici su OKVIRNE i NE ODRAŽAVAJU stvarno stanje i vrijednosti na radiološkim aparatima u O.Ž.B. „Vukovar“.

| RADIOLOŠKA DIJAGNOSTIČKA PRETRAGA | Tipična efektivna doza (mSV) | Ekvivalent izražen u sumacijskim snimkama torakalnih organa u P-A projekciji za efektivnu ekvivalentnu dozu | Vremenski period za efektivnu ekvivalentnu dozu primljenu poradi pozadinskog prirodnog zračenja |
|--|------------------------------------|---|---|
| Sumacijska snimka torakalnih organa | 0.02 | 1 | 2.4 dana |
| Kraniogram | 0.1 | 5 | 12 dana |
| Lumbalna kralježnica | 1.5 | 75 | 182 dana |
| Intravenska urografija | 3 | 150 | 1 godina |
| Dijaskopska obrada gornjega probavnoga sustava | 6 | 300 | 2 godine |
| Irigografija | 8 | 400 | 2.7 godina |
| CT glave | 2 | 100 | 243 dana |
| CT abdomena | 8 | 400 | 2.7 godina |

DOPUŠTATE LI PRIMJENU KONTRASTNIH SREDSTAVA TIJEKOM IZVOĐENJA DANAŠNJE PRETRAGE? DA NE
Dopuštate li moguću anonimnu uprabu rezultata pregleda u stručne i obrazovne svrhe? DA NE

Pročitao/la sam ili mi je pročitano i u potpunosti sam razumio/la informacije o navedenom postupku. Radiolog mi je objasnio sve detalje o pretrazi, način postupanja nakon pretrage, kao i što učiniti u slučaju komplikacija, a na postavljena pitanja dobio/la sam zadovoljavajući odgovor. Upozorio/la sam radiologa na eventualne razloge koji ne dozvoljavaju izvođenje pretrage. Vjerujem kako raspolazem dovoljnom količinom informacija, te svojim vlastoručnim potpisom jamčim da su gore navedeni odgovori istiniti i dajem pristanak za izvođenje pretrage.

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika: _____ Datum: _____

Potpis i faksimil liječnika radiologa koji je zaprimio i pregledao dokument: _____

