

## PISNA PRIVOLITEV BOLNIKA Z RAZLAGO POSEGA KOLONOSKOPIJE (ZA AMBULANTNE BOLNIKE)

(Velika nalepka z bolnikovimi podatki)

### SPOŠTOVANI!

Glede na težave, ki jih imate, in doslej znane izvide menimo, da je preiskava potrebna. Za preiskavo je potrebna vaša privolitev in s tem obvestilom vas želimo poučiti o načinu, pomenu in morebitnih zapletih te preiskave.

#### Potek preiskave

Kolonoskopija je preiskava oziroma pregled širokega črevesa s posebnim upogljivim instrumentom (kolonoskopom), ki ga uvedemo skozi zadnjično odprtino. Pregledamo celotno široko črevo in končni del ozkega črevesa. Odkrijemo lahko različne bolezenske spremembe, kot so različna vnetja, razjede (ulkusi) in različni benigni in maligni procesi (tumorji). Iz sprememb z drobnimi kleščicami odščipnemo vzorce tkiva (biopsija) za pregled v laboratoriju. Če med preiskavo najdemo polip (večji izrastek na sluznici), ga je potrebno odstraniti z električno zanko (opravimo elektroresekcijo ali polipektomijo).

Za kolonoskopijo in polipektomijo mora biti črevo dobro očiščeno. Preiskava je lahko občasno boleča in po potrebi prejmete injekcijo proti bolečinami ali za pomiritev.

#### Možne neprijetnosti in zapleti

Zapleti med preiskavo in po njej so redki. Možno je, da pride do krvavitev zlasti po odstranitvi polipov ali do poškodbe črevesa z instrumentom. Zato vas prosimo, da nas pred preiskavo obvestite o vseh znanih boleznih, ki jih imate, in o vseh morebitnih predhodnih operacijah ter zdravilih, ki jih prejimate (zlasti zdravila proti strjevanju krvi), ali če imate vstavljen srčni spodbujevalec.

#### Potek po preiskavi

Po posegu lahko takoj uživajte hrano in pijačo.

V primeru, da česarkoli niste razumeli ali vas v zvezi s preiskavo kaj zanima, nas vprašajte.

Po eventualni odstranitvi polipov (polipektomiji ali elektroresekciji) je potrebna 24-urna hospitalizacija.

## IZJAVA BOLNIKA, BOLNICE

Dr. \_\_\_\_\_ mi je pojasnil/-a vse podobnosti o predvideni kolonoskopiji ter mi je odgovoril/-a na vsa dodatna vprašanja. Razlago sem razumel/-a. (Prosimo, obkrožite ustrezno.)

1. Soglašam s predlaganim posegom.
2. Predlagani poseg odklanjam in sem seznanjen/-a s posledicami te odločitve.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis bolnika/bolnice: \_\_\_\_\_

**Bolnišnica Golnik je univerzitetna učna ustanova. Prosimo vas za dovoljenje, da pri vašem zdravljenju sodelujejo tudi študentje medicine, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih dejavnosti.**

**Strinjam se s tem, da sodelujem v učnem procesu zdravstvenih delavcev.**

1. DA

2. NE

### INTERNA NAPOTNICA ZA KOLONOSKOPIJO

(Izpolnita napotni zdravnik in medicinska sestra.)

Napotni zdravnik: \_\_\_\_\_

Datum naročila preiskave: \_\_\_\_\_

Indikacija za preiskavo: \_\_\_\_\_

Datum preiskave: \_\_\_\_\_

Klinični problem, posebne zahteve: \_\_\_\_\_

	<b>DA</b>	<b>NE</b>
Bolnik/bolnica je diabetik na inzulinu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolnik/bolnica je epileptik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bolnik/bolnica ima motnje v strjevanju krvi oz. jemlje zdravila, ki vplivajo na strjevanje krvi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katera? <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Marivarin <input type="checkbox"/> NMHeparin <input type="checkbox"/> Drugo: _____		

#### Opravljenе preiskave:

Koagulogram: ob predvideni elektrosekciji polipov.

INR:

PČ:

Podpis zdravnice/zdravnika: \_\_\_\_\_

### TERAPIJA MED POSEGOM

UČINKOVINA/ZDRAVILO	ODMERJANJE	Parafa	BELEŽENJE DAJANJA