

## PISNA PRIVOLITEV BOLNIKA Z RAZLAGO ZDRAVNIKA ZA PUNKCIJO ORGANA POD KONTROLO RAČUNALNIŠKE TOMOGRAFIJE

### SPOŠTOVANI!

S tem obvestilom vas želimo seznaniti o pomembnosti punkcije organa, kako poteka in o možnih zapletih ob posegu.

### ZAKAJ VAM SVETUJEMO PREISKAVO

Na podlagi dosedanjih preiskav menimo, da je poseg nujen. Preiskava vzorcev, ki jih bomo dobili ob posegu, nam bo pomagala razjasniti naravo vaše bolezni, kar je pomembno za nadaljnje zdravljenje.

### POTEK PREISKAVE

Zdravnik uvede votlo iglo skozi kožo v organ (glede na položaj sprememb v njem). Skozi iglo odvzame material pod kontrolo računalniške tomografije (CT). Mesto vboda po potrebi lokalno omrtvi. Pri tem lahko čutite zmerno bolečino, ki hitro preneha.

### MOŽNI ZAPLETI

Zdravnik ne more zagotoviti popolne varnosti posega. Če ob posegu prebodemo žile, se te praviloma same zaprejo. Hujše krvavitve so zelo redke.

Da bi bilo med posegom čim manj zapletov, vas prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja:

1. Ali prejimate zdravila proti strjevanju krvi oz. ali ste nagnjeni h krvavitvam?

DA

NE

2. Ali ste preobčutljivi oz. alergični na hrano, zdravila, obliže ali lokalne anestetike?

DA

NE

3. Ali se zdravite zaradi obolenja srca ali ožilja (motnje ritma, visok krvni tlak, astma, imate srčni spodbujevalec – pacemaker)?

DA

NE

### POSTOPEK PO PREISKAVI

Po končani preiskavi morate dve uri počivati v postelji. Če boste težje dihali, čutili hujše bolečine ali opazili oteklino kože na mestu vboda, pokličite medicinsko sestro ali zdravnika.

V primeru, da imate še kakšna vprašanja ali nejasnosti v povezavi s predlagano preiskavo, lahko dodatne informacije dobite pri zdravniku, ki preiskavo izvaja. Ko boste dobili vse informacije in boste razumeli pomen preiskave za vaše zdravje ter možnost zapletov med preiskavo, se odločite, ali pristanete na predlagano preiskavo.

Podpisani/ Podpisana ....., rojen/-a ....., sem se seznanil/-a s potekom preiskave (punkcije organa pod kontrolo računalniške tomografije), namenom preiskave in možnimi zapleti. Pristanjam na predlagano preiskavo.

Datum: .....

Podpis bolnika/bolnice: .....