

## SAGLASNOST PACIJENTA

Pacijent \_\_\_\_\_

1. Saglasan sam da se za dijagnozu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sprovede odgovarajuća predložena hospitalizacija, hiruško lečenje, operacija ili druga procedura koju će sprovesti doktor sa saradnicima i asistentima, u **lokalnoj anesteziji**.

2. Objašnjena mi je dijagnoza oboljenja. Dat mi je kratak opis, cilj i koja je korist za mene od predložene medicinske mere, približno vreme trajanja kao i moguće posledice preduzimanja ali i nepreduzimanja predložene procedure.

3. Upoznat (a) sam s mogućim rizicima koji mogu da nastanu tokom lečenja ili procedura, neposrednim komplikacijama i mogućim drugim kasnim komplikacijama, sporednim i trajnim posledicama koje mogu da utiču na promenu daljeg načina života.

4. Dato mi je objašnjenje u vezi dejstva i sporednih posledica lekova.

5. Objašnjeni su mi i drugi mogući alternativni načini lečenja, odnosno neprihvatanja predložene procedure.

6. Omogućeno mi je da postavim pitanja i informišem se o mogućim rizicima ili komplikacijama.

7. Dajem saglasnost i za sprovođenje promene plana lečenja, drugih operacija i intervencija koje se uz gore navedene pokažu kao dodatno potrebne na osnovu razvoja stanja a u cilju mog lečenja koje je doktor ili njegovi saradnici i asistenti procene potrebnim.

8. Prihvatam da se tkivo uzeto tokom operacije ili procedure uputi na patohistološke ili druge analize.

9. Ustanova u kojoj se sprovodi lečenje ima moj pristanak da fotografije ili video material sa operacije ili procedure mogu da se koriste za naučne ili edukativne svrhe ako na njima nisam prepoznatljiv (a).

10. Obavešten (a) sam i o mogućim troškovima lečenja.

11. Saglasan/na sam za prisustvo video nadzora u toku operacije.

Potvrđujem da sam u celini pročitao/la i razumeo/la ovu saglasnost i da pristajem i prihvatam predložene medicinske mere o kojima sam informisana a koje su propisane članom 11 (stav 1. i 2. ) Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Potpis pacijenta \_\_\_\_\_

Kada je pacijent maloletan ili nekompetentan za njega

Ovlašćena osoba \_\_\_\_\_

Ova saglasnost je potpuno u mom prisustvu i po mojoj oceni pacijent je to učinio slobodno i o svemu je informisan uz puno razumevanja.

Potpis doktora \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

### UPITNIK ZA PACIJENTA

1. Kad je poslednji put jeo i pio? \_\_\_\_\_
2. Da li je do sada bio alergičan na neke lekove ili anestetike? \_\_\_\_\_
3. Da li je do sada bolovao od srca, pluća, bubrega, povećanog šećera, astme ili neke druge bolesti koju smatrate značajnom? \_\_\_\_\_
4. Da li ima proširene vene ili upalu vena i da li je od njih ranije lečen ili neke druge bolesti koju smatrate značajnom? \_\_\_\_\_
5. Da li je kod pacijenta primećena sklonost ka krvarenju iz desni? \_\_\_\_\_
6. Da li je primećena promena u boji mokraće ili stolice? \_\_\_\_\_
7. Da li je do sada imao neku hiruršku intervenciju i ako jeste kako je podneo anesteziju i koliko je otprilike trajala anestezija? \_\_\_\_\_
8. Da li je neko od članova uže porodice imao problema vezanih za anesteziju? \_\_\_\_\_
9. Da li ima zubnu protezu koja se skida? \_\_\_\_\_
10. Da li ima u ustima žvakaću gumu? \_\_\_\_\_
11. Da li puši, koliko dugo i koliko cigareta dnevno? \_\_\_\_\_
12. Da li pije alkoholna pića? \_\_\_\_\_
13. Da li uzima bilo kakve droge? \_\_\_\_\_
14. Da li uzima lekove za spavanje? \_\_\_\_\_
15. Da li redovno pije neke lekove i koje? \_\_\_\_\_

POTPIS

\_\_\_\_\_