

**JU KANTONALNA BOLNICA  
Dr.SAFET MUJIĆ, MOSTAR  
RADIOLOŠKA SLUŽBA  
CT DIJAGNOSTIKA**



## Narudžba za CT pregled

Kontrast početi piti 2 sata prije pregleda.

Urea i kreatinin – nalaz ne stariji od sedam dana.

**Ponijeti svu raniju medicinsku dokumentaciju!**

**Ako iz bilo kojeg razloga odustanete od dogovorenog pregleda molimo da nas obavijestite na telefon 036/503-104.**

**OVO JE DOKAZ ZA VAŠU NARUDŽBU, PA VAS MOLIMO DA OVAJ PAPIR PONESETE NA ZAKAZANI TERMIN!**

**NA PREGLED DOĆI DANA:**

**U**

**SATI**

Kompjutorizirana 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.

U Vašemu 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.

INFORMATIVNI PRISTANAK PACIJENTA NA INTRAVENSKU PRIMJENU  
KONTRASTNOG SREDSTVA U SVRHU IZVOĐENJA KOMPJUTERIZIRANE  
TOMOGRAFIJE (CT)

Ime i prezime pacijenta: \_\_\_\_\_

Datum rođ. : \_\_\_\_\_

Tjelesna težina (kg) \_\_\_\_\_

Je li pacijent ranije obrađivan na CT uređaju za danas traženu regiju/regije? DA NE

Jeste li trudnica? DA NE

Jeste li već primali kontrastno sredstvo kroz venu, npr. Kod CT-a ili IVU? DA NE

Ako da, jeste li imali alergijskih reakcija na kontrastno sredstvo? DA NE

Na praznu liniju unesite eventualne druge alergene (hrana, lijekovi, pelud, itd...) ukoliko su poznati

\_\_\_\_\_

Bolujete li od astme? DA NE

Bolujete li od hipertenzije? DA NE

Bolujete li od težih bubrenih bolesti? DA NE

Boluje li pacijent od šećerne bolesti? DA NE

Uzimate li u redovitoj terapiji lijek METFORMIN (Gluformin, Siofor...)? DA NE  
(Ako uzimate ovaj lijek, potrebno ga je isključiti iz upotrebe 2 dana prije pregleda)

DOPUŠTATE LI PRIMJENU KONTRASTNIH SREDSTAVA TIJEKOM IZVOĐENJA  
DANAŠNJE PRETRAGE? DA NE

Pročitao/la sam ili mi je pročitano i u potpunosti sam razumio/la informacije o navedenom postupku. Radiolog/ing.radiologije 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.

Svojim vlastoručnim potpisom jamčim da su gore navedeni odgovori istiniti i dajem pristanak za izvođenje pretrage.

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika: \_\_\_\_\_

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