



SUGLASNOST ZA PROVOĐENJE SEDACIJE TIJEKOM DIJAGNOSTIČKIH/TERAPIJSKIH POSTUPAKA

Provođenje nužnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka kod djece često je praćeno strahom i nelagodom. Cilj medicinskog tima koji se brine za Vaše dijete je učiniti ove pretrage što bezbolnijima i podnošljivijima. Upravo zato, različite dijagnostičke i terapijske intervencije u djece radimo u sedaciji. Najčešći lijekovi koje rabimo su midazolam, fenobarbiton, petidin, kloralhidrat, diazepam. Učinak ovih lijekova traje različito dugo, od više minuta do nekoliko sati. Svako dijete reagira različito na sedaciju, a svi učinci lijeka gotovo u potpunosti popuste 1-2 sata nakon primjene.

Kako se primjenjuju? Lijekovi se mogu dati na različite načine – peroralno, rektalno, injekcijom u mišić, ali najčešće kod invazivnih pretraga intravenski (preko tanke plastične cijevčice u venu).

Zašto se sedacija primjenjuje? Ovi lijekovi pomažu Vašem djetetu da se opusti i uspava te će se stoga osjećati ugodnije, smanjit će se osjećaj straha i boli. Osim toga, neki sedativi, kao što je midazolam, osiguravaju Vašem djetetu privremenu amneziju te se samog postupka neće niti sjećati.

Koji su rizici? Iako je medicinsko osoblje osposobljeno za nadzor i provođenje sedacije ovaj postupak sa sobom nosi određene rizike. Neželjeni učinci ovise o lijeku koji je primjenjen, a uključuju alergijske reakcije, pad krvnog tlaka, otežano disanje te vrlo rijetko i zastoj disanja. Upravo zato, tijekom cijele pretrage Vaše ćemo dijete strogo monitorirati – promatrati će se disanje, srčani ritam i zasićenost krvi kisikom.

Prije same sedacije, kod dojenčadi do 6 mjeseci obrok se ne smije dati 4 sata prije sedacije, a kod većeg djeteta i 6 sati prije sedacije. Bistra tekućina dozvoljena je do 2 sata prije sedacije, ali navedeno ovisi i o samom postupku zbog kojeg se dijete sedira. Osim toga, dijete ne smije jesti niti piti dva sata nakon završetka postupka.

Liječnik koji me uputio na pretragu objasnio mi je medicinsko stanje mog djeteta i predložio sedaciju tijekom dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Razumijem sve moguće rizike, kao i važnost njena provođenja. Također sam upoznat/a s drugim mogućnostima. Mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

☐ Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenoj pretrazi u mojem djeteta, koju sam dobio/la u pisanom i usmenom obliku, **PRIHVACAM: SEDACIJU**

☐ Izjavljujem da slobodnom voljom, utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenoj pretrazi u mojem djeteta, koju sam dobio/la u pisanom i usmenom obliku, **ODBIJAM: SEDACIJU**

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum rođenja: _____

Spol (zaokružiti): muško žensko

Mjesto rođenja: _____

Adresa stanovanja: _____

Matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju: _____

Ime i prezime roditelja / zakonskog zastupnika / skrbnika *: _____

* (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom, te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta)

Potpis roditelja / zakonskog zastupnika / skrbnika: _____

Potpis i faksimil doktora medicine: _____

Mjesto i datum: Zagreb, _____