



KLINIKA ZA DJEČJE BOLESTI ZAGREB
KLINIKA ZA PEDIJATRIJU

10000 Zagreb, Klaićeva 16

☎: 01/4600-111 / fax: 01/4600-160

SUGLASNOST

za 24-satnu viškanalnu intraluminalnu impedancu i pH-metriju jednjaka

24-satna impedanca i pH-metrija je dijagnostička metoda koja se koristi za ispitivanje gastroezofagusnog refluksa. Gastroezofagealni refluks predstavlja vraćanje kiselog želučanog sadržaja iz želuca u jednjak uslijed čega se javljaju gastrointestinalni simptomi kao što su podrigivanje, učestalo povraćanje, slabo napredovanje, odbijanje obroka, mučnina, bolovi u trbuhu, gorko-kiseli okus u ustima, neugodan zadah. Atipična prezentacija gastroezofagealnog refluksa uslijed iritacije dišnih putova kiselim želučanim sadržajem može biti astma, ponavljajuće upale pluća, recidivirajući laringitisi, rinofaringitisi, sekretorni otitisi, kronične upale sinusa, promuklost, čujno disanje, adenoidne vegetacije, erozije zubiju, gingivitis, stezanje u prsima, cijanoza, odbijanje hrane, iritabilnost, neutješan plač, anemija...

Pretraga se izvodi pomoću tanke sonde koja se uvodi kroz nos u jednjak, te aparata koji bilježi vraćanje kiselog želučanog sadržaja u jednjak. Prije provođenja ove pretrage potrebno je provesti pripremu prema određenim uputama.

Moguće komplikacije kod postavljanja sonde su blaža iritacija iz nosa ili ždrijela, ozljeda larinksa, ozljeda ili perforacija jednjaka ili želuca, povraćanje, vazovagalni sindrom, bronhospazam, unos/prijenos infekcije. Moguće komplikacije tijekom vađenja sonde mogu biti ozljeda sluznice i „zarobljavanje“ katetera.

Liječnik koji me uputio na pretragu objasnio mi je medicinsko stanje mog djeteta i predložio gore navedenu pretragu. Razumijem sve moguće rizike pretrage, kao i važnost njena provođenja u svrhu postavljanja dijagnoze. Također sam upoznat/a s drugim dijagnostičkim mogućnostima. Mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

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

24-satnu pH-metriju jednjaka

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

24-satnu pH-metriju jednjaka

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, _____