

**KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR  
OSIJEK  
ZAVOD ZA UROLOGIJU**

**v. d. Pročelnik Zavoda za urologiju  
dr. sc. Oliver Pavlović, dr. med., spec. urolog  
Josipa Huttlera 4  
31000 Osijek, Hrvatska  
Tel: ++385 (0)31 51 14 00  
Fax: ++385 (0)31 51 22 24  
E-mail: urologija @kbco.hr**



**UNIVERSITY HOSPITAL  
OSIJEK  
DEPARTMENT OF UROLOGY**

**Head of Department  
dr. sc. Oliver Pavlović, MD  
Josipa Huttlera 4  
31000 Osijek, Croatia  
Phone: ++385 (0)31 51 14 00  
Fax: ++385 (0)31 51 22 24  
E-mail: urologija @kbco.hr**

## **INFORMIRANI PRISTANAK ZA BUŽIRANJE MOKRAĆNE CIJEVI**

### **Opis postupka:**

Bužiranje mokraćne cijevi je urološka metoda postupnog uvođenja čvrstih, savitljivih (plastičnih ili metalnih) bužija ili instrumenta štapićastog oblika, koji imaju ovoidni vrh, u mokraćnu cijev radi dijagnostike i proširenja njezinog lumena.

### **Specifični rizici:**

- Možete osjećati žarenje kod prvih nekoliko mokrenja nakon zahvata, no tegobe bi se trebale ubrzo smiriti (kroz 24 do 48 sati nakon pretrage).
- Može doći do uroinfekcije zbog čega ćete morati uzimati antibiotike.
- Može nastati oštećenje mokraćne cijevi

**Ovaj informirani pristanak sadrži sljedeću izjavu pacijenta:**

Shvatio/la sam da osim mojeg kirurga u operacijski zahvat može biti aktivno uključen i drugi liječnik pa i liječnik na specijalizaciji.

**Izjava pacijenta/zakonskog skrbnika koju potpisuje vlastoručnim potpisom**

Od strane liječnika upoznat /a sam i razumijem prednosti, komplikacije i rizike operativnog zahvata bužiranja mokraćne cijevi, kao i rizike u slučaju da ne pristanem na operativni zahvat bužiranja mokraćne cijevi.

DATUM I VRIJEME: \_\_\_\_\_

KLINIKA/KL. ZAVOD/ZAVOD: **ZAVOD ZA UROLOGIJU KBCO**

IME I PREZIME BOLESNIKA, MATIČNI BROJ: \_\_\_\_\_

IME, PREZIME, ŽIG I POTPIS LIJEČNIKA: \_\_\_\_\_

Bolesnik, **dajem pristanak** za  
bužiranje mokraćne cijevi  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

Bolesnik, **ne dajem pristanak** za  
bužiranje mokraćne cijevi  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

ZAKONSKI SKRBNIK / OSOBA KOJA ODLUČUJE U BOLESNIKOVO IME:

Skrbnik, **dajem pristanak** za  
bužiranje mokraćne cijevi  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

Skrbnik, **ne dajem pristanak** za  
bužiranje mokraćne cijevi  
i potvrđujem potpisom:

\_\_\_\_\_

**Bolesniku nisu pružene sve obavijesti o bužiranju mokraćne cijevi iz sljedećih razloga (molim zaokružiti odgovor/e):**

- a) Bolesnik je bez svijesti.
- b) Bolesnik ne može razumjeti ili shvatiti obrazloženje zbog oštećenih kognitivnih sposobnosti.
- c) Bolesniku je potreban hitan dijagnostički ili terapijski zahvat i nije se moglo čekati da razlozi budu navedeni.