

## NAVODILO PACIENTOM

### DEFEKOGRAFIJA

Spoštovani!

Naročeni ste na preiskavo, ki jo opravljamo na Kliničnem inštitutu za radiologijo. To pojasnilo opisuje preiskavo, ter vam daje napotke za preiskavo in po njej. Prosimo, da ga temeljito preberete že pred prihodom na naš inštitut.

Defekografija je rentgenska preiskava izpraznjevanja debelega črevesa (danke).

### POTEK PREISKAVE

Ko boste prišli na oddelek, se boste preoblekli v naša oblačila (bolniško haljo). Ženske morajo 40 minut pred preiskavo popiti kontrastno sredstvo. Po črevesni cevki bomo s kontrastom (cca. 200 ml) obarvali steno črevesa in nato dodali še gostejši kontrast, ki bo služil kot simulacija blata. Med preiskavo boste za polnitev kontrasta ležali, potem pa vas bomo za nadaljni potek preiskave posedli na poseben stolček, kjer boste po navodilih zdravnika spuščali in dvigali mišice medeničnega dna. Preiskava ni boleča.

### MOŽNI ZAPLETI

Pri preiskavi ne pričakujemo zapletov, možni pa nekateri redki zapleti:

- poškodbe pri uvajanju črevesne cevke
- preobčutljivostna reakcija na kontrastno sredstvo

Na možne zaplete smo pripravljene in usposobljene za ustrezno ukrepanje .

### PRIPRAVA NA POSEG

Nekaj ur pred preiskavo si v rektum vstavite Dulcolax svečko. Lahko zajtrkujete.

Prosimo vas ,da s seboj prinesete svojo medicinsko dokumentacijo (izvide prejšnjih preiskav in zdravljenj, ter podatke o morebitnih alergičnih reakcijah)

V primeru kakršnihkoli nejasnosti ali težav nas lahko pokličete na telefonsko številko 01 522 34 14.

## **RAVNANJE PO PREISKAVI**

Takoj po preiskavi boste lahko mirno odvajali kontrastno sredstvo v stranišču. Nato se boste preoblekli v svoja oblačila. Po preiskavi ne pričakujemo zapletov. Če med preiskavo ali takoj po njej opazite neobičajne znake (srbečico, izpuščaje po koži, praskanje v grlu, nenadne otekline obraza, občutek težkega dihanja) povejte to zdravstvenemu osebju, ki poseg opravlja. V primeru suma na poznejše zaplete npr. izrazitejšo bolečino naj se bolnik obrne na lečečega zdravnika.

Priimek in ime pacienta	KZZ številka	Teža	Višina	Datum rojstva

1. Ali imate oz. ste imeli alergijo in/ali preobčutljivostno reakcijo npr. zdravila, obliže, sredstva za lokalno anestezijo?  
DA NE
2. Ali ste ob morebitni predhodni radiološki preiskavi s kontrastnim sredstvom imeli izpuščaj, srbečico, slabost, težave s srcem ali dihanjem?  
DA NE
3. Ste kdaj imeli krče (epileptični napad) ali znake ohromelosti? DA NE
4. Ali ste bili v za poseg predvidenem predelu, že kdaj rentgensko slikani, ali je že bil izveden enak ali drug poseg?  
DA NE
5. Če je odgovor DA, kdaj in kje (ustanova)? \_\_\_\_\_
6. V kolikor je možno, prinesite s seboj dokumentacijo o dosedanjih preiskavah in zdravljenju (rentgenske slike, izvide itd.)

*Dodatno vprašanje za ženske :*

7. Ste ali bi morda lahko bili noseči ? DA NE

**S podpisom soglašam, da sem podrobno seznanjen s potekom preiskave in na njeno izvedbo tudi pristajam.**

Kraj, datum in ura:		
Podpis pacienta:	Podpis zdravnika radiologa:	Podpis staršev / zakonitega zastopnika: