

**OBRAZAC ZA POTVRDU PROVOĐENJA PROBIRA ZA RANO OTKRIVANJE RAKA
PLUĆA (LDCT¹ PREGLED)**

INFORMIRANI PRISTANAK

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Kontakt broj: _____

Pušački staž (pack/years): _____

Jeste li pušač u trenutku provođenja probira ? (*zaokružiti*) Da Ne

Ako ste nepušač, koliko godina ne pušite: _____

Stručna sprema (*zaokružiti*): NKV KV SSS VŠS VSS MR.SC./DR.SC.

Status branitelja: Da Ne

Profesionalna izloženost azbestu: Da Ne

Profesionalna izloženost ionizirajućem zračenju: Da Ne

Županija/grad u kojem ste proveli većinu života _____

Prije prvog pregleda CT-om niske doze zračenja (LDCT) u sklopu Nacionalnog programa za probir i rano otkrivanje raka pluća, Vaš obiteljski liječnik procijeniti će pripadate li rizičnoj skupini te jeste li kandidat za uključivanje u Program. Obiteljski liječnik će s Vama razgovarati i o prednostima i rizicima provedbe probira.

Prednosti probira su:

- rano otkrivanje raka pluća
- veća vjerojatnost izlječenja od raka pluća (ukoliko se bolest otkrije u ranijim stadijima bolesti)
- dodatni LDCT nalazi mogućih drugih bolesti i stanja koja se mogu uspješno liječiti
- pomoć pri prestanku pušenja

¹ LDCT: Low Dose CT – CT pregled uz niske doze zračenja

Rizici probira su:

- izlaganje niskoj dozi zračenja,
- lažno pozitivni rezultati koji mogu dovesti do dodatne dijagnostičke obrade
- komplikacije dijagnostičkih postupaka nakon LDCT dijagnostike
- stres i tjeskoba uslijed čekanja nalaza dijagnostičke obrade
-

Svi podaci prikupljeni s ciljem evaluacije Programa za probir i rano otkrivanje raka pluća, koristiti će se isključivo u akademske i istraživačke svrhe, poštujući načelo anonimnosti sudionika.

Tijekom razgovora s obiteljskim liječnikom obaviješten/a sam o svim prednostima i mogućim rizicima uključnja u Nacionalni program za probir i rano otkrivanje raka pluća.

Obaviješten/a sam i o svim štetnim učincima pušenja na moje zdravlje i važnosti prestanka pušenja.

Potvrđujem da razumijem sve informacije dobivene u razgovoru s obiteljskim liječnikom, radiologom, pulmologom i drugim zdravstvenim djelatnicima, kao i iz priloženih pisanih materijala te pristajem na pretragu prsnog koša CT-om niske doze zračenja.

Potpis sudionika/sudionice probira: _____

Datum i mjesto: _____

Ime osobe koja je vodila razgovor: _____

Potpis: _____

Datum i mjesto: _____