

Informacija za pacijente / Upitnik za pacijente

Važne upute o dormicumu (midazolamu)



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Štovana pacijentice, štovani pacijentu

Dormicum (midazolam) je lijek koji eliminira strah, opušta i izaziva san, čije djelovanje vrlo brzo popušta. On nema efekt ublažavanja bolova. Vrijeme poluraspada lijeka u Vašem tijelu iznosi oko 30 minuta. Kod uzimanja dormicuma može nastupiti eventualna kratkotrajna amnezija (praznina u sjećanju).

Dormicum (midazolam) u vrlo rijetkim slučajevima može dovesti do poremećaja u disanju i pada krvnog tlaka. Stoga ćete tijekom cijelog pregleda biti nadzirani. U slučaju neočekivane neželjene reakcije se davanjem protusredstva odmah može ukinuti djelovanje dormicuma (midazolama).

Imamo obvezu ukazati Vam na to da su nakon davanja dormicuma (midazolama) Vaša budnost, sposobnost koncentracije i sposobnost za sudjelovanje u prometu umanjeni.

Zbog toga tijekom 12 sati nakon pregleda ne smijete aktivno sudjelovati u cestovnom prometu, upravljati vozilom, potpisivati važna dokumenta ili rukovati strojevima. To vrijedi za sve forme davanja dormicuma (midazolama).

Preporučujemo Vam da na povratak kući krenete s nekom osobom u pratnji.

Prezime:	
Ime:	
Datum rođenja:	
Težina:	kg

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja

	Da	Ne
Da li patite od sindroma apneje u spavanju (problemi s disanjem tijekom sna)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imate li probleme s disanjem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da li ste danas već uzeli neko sredstvo za umirenje? ukoliko jeste: Koji lijek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dormicum i.v.*:		mg	Dormicum Nasenspray*:		Hübe/Seite
Datum*:			Uhrzeit*:		

*popunjavanje stručno osoblje

Ukoliko imate još neka pitanja, molimo Vas da zahtijevate da na ista odgovori liječnik ili liječnica koji/koja obavlja pregled. Oni Vam za to rado stoje na raspolaganju!

Potvrđujem da sam informiran/informirana o djelovanju i rizicima dormicuma (midazolana) i da ću se sukladno tome ponašati.

Datum:		Potpis pacijentice/pacijenta:		Liječnik:	
--------	--	-------------------------------	--	-----------	--

