

КБС Касиндо	КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР ИСТОЧНО САРАЈЕВО Клинике и болничке службе у Касиндолу	Важи од 01.07.2012.
<i>Политика поступања са пацијентима који одбију или прекину третман лијечења</i>		

1. Здравствени радник ће по одбијању медицинског третмана пацијента поступити у зависности од:
 - Психичког стања болесника (у складу са Законом о заштити ментално обољелих особа)
 - Доби пацијента (за малолетна лица сагласност за одбијање третмана лијечења даје родитељ или старатељ)
 - Моћи расуђивања пацијента.

Љекар на основу свог стручног знања и етичких норми доноси своју процјену о способности расуђивања пацијента у складу са упутством о поступку са лицима који болују од менталних обољења.

 - У случајевима када љекар сматра да предложени медицински третман неће довести до знатног побољшања здравственог стања пацијента (бањско лијечење, терминална стања, биљна терапија) или други помоћни медицински третман неће се ући у даљи поступак ове процедуре.
2. Љекар је у свим другом случајевима обавезан да своје мишљење о стварном третману и посљедицама његовог одбијања запише у Историју болести или неки други одговарајући медицински документ и својеручно потпише.
3. Пацијент је дужан да својеручно потпише изјаву којом потврђује да одбија неки третман и да је упознат са посљедицама његовог одбијања. Изјава је интерни документ КБС Касиндо и носи радни назив „Изјава пацијента који одбија консултативни или дијагностичко-терапијски третман“.
4. Уважавајући став пацијента, тим мора омогућити континуитет њега.
5. Љекар омогућава континуитет њега на следећи начин:
 - Проналажење алтернативног третмана у складу са стручним знањем до границе која је могућа и не сноси одговорност за исход лијечења,
 - Упућивањем на консултације специјалисти на виши реферални ниво.
6. Уколико пацијент одбије да потпише одбијање предложеног медицинског третмана о томе ће се сачини службена забиљешка коју потписује надлежни љекар и два здравствена радника.
7. Хитни медицински третман ће се подузети над пацијентом и без његове сагласности ако је пацијент витално угрожен и без свијести, или из других разлога није у стању да саопшти свој пристанак.

В.Д.директор

др Синиша Зубић

Прилог 1.

**ИЗЈАВА ПАЦИЈЕНТА КОЈИ ОДБИЈА КОНСУЛТАТИВНИ ИЛИ
ДИЈАГНОСТИЧКО-ТЕРАПИЈСКИ ТРЕТМАН**

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ: _____

МАТИЧНИ БРОЈ: _____

БРОЈ ИСТОРИЈЕ БОЛЕСТИ: _____

БРОЈ ПРОТОКОЛА (Спец. налаза): _____

Овом изјавом потврђујем да одбијам третман и да сам упознат са посљедицама његовог одбијања. Свјестан сам да својим поступком сносим одговорност за исход лијечења.

Потпис љекара

(својеручни потпис лица које одбија третман)

Датум _____

(сагласност родитеља или старатеља,
само у случају да се деси ситуација из тачке 1. алинеја 2 Политике)