

JU DOM ZDRAVLJA BUGOJNO
CENTAR ZA MENTALNO ZDRAVLJE
Adresa: Wagnerova 15
tel: 030/251-011; fax:030/252-090
[email:cmzbugojno@gmail.com](mailto:cmzbugojno@gmail.com)

PROCEDURA
1.1.

PROCEDURA O NA INU INFORMISANJA KLIJENATA O
KARAKTERISTIKAMA ODRE ENIH MEDIKAMENTOZNIH,
PSIHOSOCIJALNIH TRETMANA I ISTRAŽIVA KIH
PROJEKATA - POSLJEDICAMA PRIHVATANJA I ODBIJANJA
ISTI

I. OP A IZJAVA O POLITICI

Pružanje relevantnih informacija vezanih za dijagnostiku i medikamentozne, psihosocijalne i istraživa ke projekte radi ostvarivanja uvida klijenta i/ili druge ovlaštene osobe (zakonski staratelj, krvni srodnik, bra ni partner) u predmet procedure.

II. PREDMET PROCEDURE:

Na in informisanja korisnika usluga (pacijenta) o :

- osobinama odre eneih medikamentoznih, psiholoških i socijalnih tretmana;
- u eš u u istraživa kim projektima
- o posljedicama prihvatanja/odbijanja gore navedenih usluga

III. OPIS PROCEDURE

1.1. Osoblje pri Centru za mentalno zdravlje (spec.neuropsihijatar, dipl. psiholog, dipl. socijalni radnik, viša medicinska sestra / tehni ar) svako u svom domenu odgovorno je za pružanje svih relevantnih informacija korisniku usluga (pacijent) i to o sljede em:

- dijagnoza i prognoza bolesti/mentalnog poreme aja
- osnovne karakteristike predloženog tretmana (prednosti, nedostaci, vremenski okvir za izvo enje)
- mogu i utjecaji predloženog tretmana na psihofizi ko stanje pojedinca
- pozitivni i neželjeni efekti predloženih medikamenata
- osnovne informacije o alternativnim izboru lijeka i psiho-socijanim izborima, prednostima, nedostacima, resursima za ista
- osnovne informacije o metodološkom okviru istraživanja (vrsta istraživanja, sudionici, instrumentarij, ciljevi i svrha, hipoteze, na in finansiranja projekta, distribucija rezultata).

Nadležno osoblje može prešutjeti saopštavanje informacije o klijentovom trenutnom stanju isklju ivo u slu aju ako je procijenjeno da bi saopštenje ovakvih informacija ozbiljno narušilo psiho-fizi ko zdravlje klijenta.

1.2. Navedene informacije se klijentu daju u pisanoj i usmenoj formi, ovisno o njihovom kontekstu (**obrazac za pisanu formu u prilogu 1.1.**). Na in saopštavanja informacija prilago en je korisnikovom mentalnom stanju (intelektualnom i emocionalnom) i drugim sociodemografskim karakteristikama koje su procijenjene kao bitne (spol, sociodemografski status, stupanj obrazovanja, etni ka i vjerska pripadnost, jezik, socijalna mreža i podrška).

1.3. Navedene informacije korisniku se daju najmanje 24 sata pred planirano uklju ivanje u tretman, izuzev u hitnim stanjima i u slu ajevima kada korisnik usluga (pacijent) ima zakonskog zastupnika /ili drugu osoba koju korisnik usluga ovlasti.

U koliko ovlaštena osoba od strane korisnika usluga traži dodatno vrijeme i informacije u tom slu aju, nadležni ljekar i/ili drugi uposlenik može ih uputiti na drugi izvor informisanja.

1.4. Pismeni pristanak na tretman i/ili istraživanje daje osoba koju je stručno lice – spec. neuropsihijatar, dipl. psiholog, dipl. socijalni radnik, procijenilo (**obrazac 1.4.**) kao osobu koja je u stanju da razumije prednosti i ograničenja istih.

U slučajevima da je korisnik usluga:

- maloljetan (do 18. godina života),
 - ukoliko se korisnik usluga trenutno nalazi u takvom psihičkom stanju da nije sposoban a samostalno donošenje odluka,
 - ukoliko je korisnik usluga, osoba kojoj je oduzeta radna sposobnost,
- tada se pristanak mora tražiti od zakonskog staratelja, drugog srodnika i/ili braćnog druga.

U koliko je zdravlje korisnika usluga teže ugroženo, pismeni nalog (obrazac) daje nadležni šef službe, da se klijent može povdrgnuti predloženom tretmanu samo dok traje opasnost za njegovo psiho-fizičko zdravlje.

U slučaju odsustva nadležnog šefa službe pismeni nalog da je direktor ustanove.

1.5. Obrazac za pismeni pristanak pohranjuje se u karton korisnika usluga pri kartoteci Centra za mentalno zdravlje (original), a kopija se može ostaviti i u kartoteke drugih službi (porodnična/obiteljska medicina, Služba hitne medicinske pomoći).

1.6. Odgovorno osoblje je dužno da korisnika usluga, zakonskog staratelja, krvnog srodnika ili drugo ovlašteno lice od strane korisnika upozna sa bilo kakvim promjenama u tretmanu ili istraživačkom projektu, te da se isto i pismeno zabilježi (**Obrazac 1.3**). U slučaju da se procijeni da tretman i/ili istraživački projekat štete po zdravlje klijenta, povlači se pristanak (**Obrazac 1.2**).

1.7. U koliko korisnik usluga odbije davanje pristanaka na određeni tretman ne podliježe pravnim sankcijama (pozvati se na stav 1.3.)

1.8. U koliko korisnik usluga odluči i samovoljno naputiti predloženi tretman/istraživanje (**Obrazac 1.5.**), potpisuje navedeni obrazac, kojim se CMZ neće smatrati odgovornim za moguće zdravstvene i druge posljedice.

VI. DISTRIBUCIJA I NADZOR

- Za distribuciju procedure odgovoran je Centar za mentalno zdravlje Bugojno.
- Original procedure nalazi se u knjizi procedura Centra za mentalno zdravlje.
- Za primjenu procedure odgovorni su šef službe i uposlenici koji su direktno uključeni u pružanje usluga određenih tretmana.
- Provjeru adekvatnosti primjene procedure vrše: Direktor Doma zdravlja Bugojno, Tim Centra za mentalno zdravlje Bugojno.

Vrijeme revidiranja: Procedura se revidira svake tri godine, u slučaju potrebe i ranije.

Direktor JU Dom zdravlja Bugojno
Mr.sci. Mahmutbegović dr. Melika
spec.općenita kirurgije

Šef službe CMZ
Mr.sci.Terzić dr.Salih
spec. neuropsihijatar

Bugojno, 24.10.2012. god.

Copyright © 2012 DOM ZDRAVLJA BUGOJNO

Ovaj dokument predstavlja vlasništvo JU Dom zdravlja Bugojno (Centar za mentalno zdravlje). Namijenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.