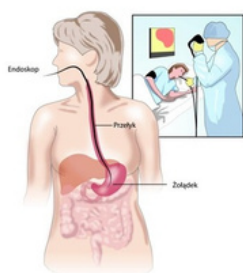


ŚWIADOMA ZGODA NA GASTROSKOPIĘ i/lub KOLONOSKOPIĘ W ZNIECZULENIU

Informacja dla pacjenta i formularz zgody

Poniższa informacja ma na celu udzielenie odpowiedzi na najczęstsze pytania pacjentów dotyczące gastrokopii i kolonoskopii wykonywanych w krótkiej sedacji. Wszelkie inne pytania należy kierować do lekarza lub pielęgniarki bezpośrednio przed zabiegiem.

Gastroskopia



badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego:
przełyku, żołądka i dwunastnicy

Kolonoskopia



badanie jelita grubego wykonywane za pomocą
kolonoskopu

1. Na czym polegają badania?

Gastroskopia: umożliwia obejrzenie wnętrza przełyku, żołądka i dwunastnicy za pomocą małej kamery umieszczonej na końcu długiego, elastycznego przewodu – gastrokopu. Jest metodą diagnostyczną oceniającą górny odcinek przewodu pokarmowego. W razie potrzeby możliwe jest pobranie wycinków śluzówki do badania histopatologicznego oraz wykonanie testu urazowego w kierunku *Helicobacter pylori*.

Kolonoskopia: pozwala ocenić śluzówkę jelita grubego za pomocą kolonoskopu wprowadzanego przez odbytnicę. W razie potrzeby podczas badania można pobrać wycinki ze zmian chorobowych lub usunąć polipy. Usunięte zmiany są przekazywane do badania histopatologicznego.

2. Wskazania i przebieg badania

Wskazania do gastrokopii: diagnostyka dolegliwości takich jak uporczywa zgaga, ból nadbrzusza, spadek masy ciała, nudności, niedokrwistość, problemy z przełykaniem oraz dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób nowotworowych górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Przebieg gastrokopii: badanie trwa zwykle kilka minut i przeprowadzane jest w pozycji leżącej na lewym boku, w asyście anestezjologa. Po dożylnym podaniu środka znieczulającego pacjent zasypia na kilkanaście minut. Między zęby zakładany jest plastikowy ustnik, przez który lekarz wprowadza gastrokop. Pobieranie wycinków nie powoduje dolegliwości bólowych.

Przebieg kolonoskopii: przed badaniem pacjent przebiera się w jednorazowe ubranie medyczne i układa na lewym boku. Lekarz ogląda okolice odbytu, stosuje żel znieczulający i wprowadza kolonoskop, przesuwając go stopniowo wzdłuż jelita. Dla dokładnej obserwacji śluzówki jelita może zostać rozciągnięte niewielką ilością powietrza, co może powodować uczucie wzdęcia lub dyskomfort. Badanie trwa do kilkudziesięciu minut.

Zgoda na badanie.

3. Przygotowanie do badań

Przygotowanie do gastrokopii: w dniu badania nie należy spożywać posiłków. Przed badaniem nie należy palić papierosów ani żuć gumy. Leki przyjmowane na stałe można połknąć, popijając niewielką ilością wody, o ile lekarz nie zaleci inaczej. Przed badaniem należy usunąć protezy zębowe.

8 godzin przed badaniem nie należy nic jeść ani pić, chyba że indywidualna instrukcja przygotowania wydana przez placówkę lub lekarza stanowi inaczej.

Przygotowanie do kolonoskopii: badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu polegającym na oczyszczeniu jelita grubego z resztek pokarmowych za pomocą środka przeczyszczającego oraz płynów według wydanej instrukcji. Przez kilka dni przed badaniem stosuje się specjalną dietę opisaną w instrukcji przygotowania.

W przypadku przyjmowania leków wpływających na krzepliwość krwi lub w razie chorób przewlekłych sposób przygotowania należy skonsultować z lekarzem kierującym lub lekarzem wykonującym badanie.

4. Możliwe powikłania i zasady bezpieczeństwa

Badania endoskopowe są procedurami inwazyjnymi i mogą wiązać się z ryzykiem powikłań, choć występują one rzadko. Przed każdym badaniem endoskop jest dezynfekowany, a wycinki pobierane są sterylnymi narzędziami.

- Gastroscopia: najpoważniejszym, bardzo rzadkim powikłaniem jest perforacja ściany przełyku, żołądka lub dwunastnicy (0,03%). W miejscu pobierania biopsji może wystąpić niewielkie, zwykle szybko ustępuje krwawienie.
- Kolonoskopia: do możliwych powikłań należą perforacja ściany jelita oraz krwawienie. Dyskomfort w jamie brzusznej ustępujący w ciągu kilku godzin po badaniu nie jest traktowany jako powikłanie. Śladowa obecność krwi w stolcu po pobraniu wycinków zwykle nie jest zjawiskiem niepokojącym.
- Do przeciwwskazań do kolonoskopii należą ciężkie choroby, w których ryzyko badania przewyższa korzyści, m.in. ciężka niewydolność serca, niewydolność oddechowa oraz świeży zawał serca.

5. Postępowanie po badaniu i sedacji

Po zakończonym zabiegu pacjent pozostaje w Pracowni Endoskopowej do czasu ustąpienia działania podanych leków. Konieczna jest obecność osoby towarzyszącej, która odbierze pacjenta i pomoże w powrocie do domu.

- Po kolonoskopii nie należy wstrzymywać gazów – przyspiesza to ustąpienie wzdęcia brzucha i dolegliwości bólowych.
- W przypadku znieczulenia/sedacji przez 24 godziny nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać precyzyjnych urządzeń ani podejmować czynności prawnych. Po znieczuleniu nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny od zabiegu. Po pobraniu wycinków lub usunięciu polipów zaleca się później spożywać chłodne i mało pikantne posiłki, chyba że lekarz zaleci inaczej.
- Wynik badania przekazywany jest w formie opisu. W przypadku pobrania wycinków lub usunięcia zmian na wynik histopatologiczny trzeba zwykle poczekać około 2-4 tygodni.
- Silny narastający ból brzucha, gorączkę, obfite krwawienie z odbytu lub inne niepokojące objawy należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce/lekarzowi albo udać się do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z opisem wykonanego badania.

ŚWIADOMA ZGODA NA GASTROSKOPIĘ i/lub KOLONOSKOPIĘ W ZNIECZULENIU

Imię i nazwisko:

PESEL:

Zaplanowany zabieg: Gastroskopia Kolonoskopia

Oświadczanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:

- Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem gastroskopii i kolonoskopii, ich celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku badań endoskopowych.
- Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę na proponowane badania diagnostyczne.
- Poinformowałem/am lekarza o przyjmowanych lekach oraz istotnych informacjach dotyczących mojego stanu zdrowia.
- Wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie przebiegu badania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, jeżeli będzie to konieczne dla bezpieczeństwa lub skuteczności badania.

Proszę zaznaczyć właściwe zgody dodatkowe:

TAK / NIE – pobranie wycinków ze śluzówki przewodu pokarmowego do badania histopatologicznego,

TAK / NIE – endoskopowe usunięcie polipów (polipektomia), jeżeli zaistnieje taka konieczność.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach wymienionych poniżej dodatkowych usług i zobowiązuję się pokryć ich koszt zgodnie z aktualnym cennikiem LifeMed EXPERT sp. z o.o.

- pobranie + badanie wycinka histopatologicznego: 120 zł – 1 zmiana,
- polipektomia prosta (do 2 polipów): 400 zł + koszt badań histopatologicznych,
- polipektomia złożona (powyżej 2 polipów): 600 zł + koszt badań histopatologicznych.

Wyrażenie chęci skorzystania ze znieczulenia przez pacjenta nie jest gwarancją jego otrzymania.

Ostateczną decyzję o podaniu znieczulenia podejmuje lekarz po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.

- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań. W pełni zrozumiałem/am informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Stwierdzam, że zapewniono mi możliwość zadawania pytań i na zadane pytania uzyskałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące odpowiedzi.
- Wyrażam zgodę na przeprowadzenie czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych okoliczności przed planowanym badaniem, w tym również na przetransportowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia. Wyrażam również zgodę na dożylną podanie środków znieczulających i przeciwbólowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w dokumentacji medycznej i pismach złożonych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i potwierdzam, że dane są zgodne z prawdą.

Zgoda na badanie.

Wywiad przed badaniem

Aby ograniczyć do minimum ryzyko krwawienia i perforacji ściany przewodu pokarmowego, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy istnieje u Pana(i) zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach? | TAK | NIE |
| 2. Czy zaobserwował(a) Pan(i) skłonność do łatwego powstawania siniaków na skórze? | TAK | NIE |
| 3. Czy jest Pan(i) uczulona/y na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę?
Jeśli tak, na jakie? | TAK | NIE |
| 4. Czy ma Pan(i) wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę? | TAK | NIE |
| 5. Czy leczy się Pan(i) z powodu chorób serca lub płuc, np. wady serca, zaburzeń rytmu serca, nadciśnienia, astmy oskrzelowej? | TAK | NIE |
| 6. Czy przyjmuje Pan(i) leki wpływające na krzepliwość krwi, np. aspiryna, Plavix, Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Acard, Polopiryna, kłopidogrel?
Jeżeli tak, jakie? | TAK | NIE |
| 7. Czy leczy się Pan(i) z powodu innych chorób przewlekłych, np. jaskry, epilepsji? Proszę wymienić: | TAK | NIE |
| 8. Czy choruje Pan(i) na cukrzycę i wymaga przyjmowania insuliny? Jeżeli tak, prosimy zgłosić ten fakt przed przygotowaniem do badania. | TAK | NIE |
| 9. Czy był/a Pan(i) dotychczas operowana/y? Jeśli tak, z jakiego powodu?
..... | TAK | NIE |
| 10. Czy choruje Pan(i) na przewlekłe choroby zakaźne, np. wirusowe zapalenie wątroby, AIDS? Jeżeli tak, jakie? | TAK | NIE |
| 11. Czy przyjmuje Pan(i) jakiegokolwiek inne leki niewymienione powyżej?
Proszę wymienić: | TAK | NIE |
| 12. Czy jest Pani w ciąży? | TAK | NIE |
| 13. Wyrażam chęć skorzystania ze znieczulenia dożylnego oraz oświadczam, że po badaniu zostanę odebrany/a przez osobę towarzyszącą, która jest wymagana do podania tego rodzaju znieczulenia. | TAK | NIE |

Oświadczenia i podpisy.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób oraz zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza.

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie gastrokopii i/lub kolonoskopii w znieczuleniu (krótkiej sedacji).

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na pobranie wycinków ze śluzówki przewodu pokarmowego do badania mikroskopowego (histopatologicznego) ze znalezionych zmian i poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych*.

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na endoskopowe wycięcie polipów (polipektomię), jeżeli zaistnieje taka konieczność, i poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych*.

.....

Data

.....

Podpis pacjenta

WYPEŁNIA LEKARZ

Stwierdzam, że przedstawiłem/am pacjentowi/pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem/am o możliwych powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza