



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ Z EWENTUALNYM POBRANIEM WYCINKÓW I/LUB POLIPEKTOMIĄ

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL.....

INFORMACJA O BADANIU

Badanie, które proponujemy wymaga Państwa pisemnej zgody. Aby tę decyzję ułatwić informujemy w tym formularzu oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

1. Cel badania - dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie przeprowadzonego do tej pory badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz ewentualnych badań dodatkowych (np. rentgenowskich) istnieje u Państwa podejrzenie choroby w zakresie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny wymienionych części przewodu pokarmowego z możliwością pobrania materiału do badania histopatologicznego oraz możliwością usunięcia polipów w przypadku ich stwierdzenia.

2. Przebieg badania

Na badanie należy zgłosić się na czczo (6-8 godzin bez przyjmowania posiłków, 2-4 godziny bez przyjmowania klarownych płynów). Badanie jest przeprowadzone zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła lekarz lub pielęgniarka zakłada plastikowy ustnik (celem ochrony endoskopu). Następnie lekarz wprowadza do jamy ustnej i gardła gastroskop, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Ten moment może być nieprzyjemny, wymaga współpracy z lekarzem wykonującym badanie. Badanie trwa zwykle kilka do kilkunastu minut, może wiązać się z dyskomfortem, ale nie powinno wywoływać bólu. Również pobieranie wycinków jest całkowicie bezbolesne. Instrument służący do badania jest dokładnie dezynfekowany po każdym badaniu. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi, jednorazowymi narzędziami

3. Możliwe powikłania

Powikłania w gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (mniej niż 0,01% badań), krwawienie do światła przewodu pokarmowego, szczególnie po pobraniu wycinków lub polipektomii (<0,1% badań), powikłania infekcyjne < 3 %.

Powikłania wymagają pilnego leczenia operacyjnego.

Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów, jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy, padaczki lub zatrzymanie akcji serca. Wymienione powikłania i następstwa należą do typowych, jednakże mogą wystąpić inne powikłania związane z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu,

Imię i nazwisko pacjenta:

których nie da się przewidzieć.

Wszystkie pytania i wątpliwości należy zgłaszać lekarzowi.

4. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwa krwawienia, jak również zmniejszyć ryzyko związane z podaniem środków do znieczulenia miejscowego lub sedacji prosimy o odpowiedź na następujące pytania poprzez wstawienie znaku X w odpowiednim polu.

1) Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

TAK ☐ NIE ☐

2) Czy takie objawy zdarzały się wśród członków Pani/Pana rodziny?

TAK ☐ NIE ☐

3) Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki, w tym środki do znieczulenia miejscowego ?

TAK ☐ NIE ☐

4) Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspirynę, acard, acenokumarol)?

TAK ☐ NIE ☐

5) Czy była Pani/Pan dotychczas operowana/y?

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to proszę wymienić operacje, szczególnie te wykonane w obrębie brzucha:

.....

6) Czy ma Pan/Pani wszczepiony stymulator serca lub endoprotezę?

TAK ☐ NIE ☐

7) Jeśli mają Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej

.....

5. Postępowanie po badaniu

Lekarz na oddziale (lub lekarz wykonujący badanie w trybie ambulatoryjnym) decyduje o czasie podania posiłku doustnego po wykonanej gastrokopii. Po badaniu może wystąpić przemijające uczucie wzdęcia brzucha, co wynika z wprowadzonego do przewodu pokarmowego powietrza w czasie badania. Pojawienie się jakichkolwiek niepokojących objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób. Oświadczam iż zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza i zrozumiałem treści w nim zawarte oraz zostałem/am poinformowany/a o proponowanym badaniu.

Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami

Imię i nazwisko pacjenta:

wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku procesu diagnostyczno-zabiegowego, m.in. o zabieg pobierania wycinków, usuwania polipów, tamowania krwawienia.

Przyjmuję do wiadomości, że czasem zdarza się nie uzyskać zamierzonego efektu diagnostyczno-leczniczego, pomimo zachowania najwyższej staranności.

W pełni świadomie **WYRAŻAM ZGODĘ** na wykonanie gastrokopii z ewentualnym pobraniem wycinków i/lub polipektomią.

Ewentualne uwagi pacjenta/przedstawiciela ustawowego:

.....

Powyższe zrozumiałem/ am i wyrażam świadomą zgodę:

.....

Data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

.....

Podpis lekarza

Nie wyrażam zgody na wykonanie gastrokopii z ewentualnym pobraniem wycinków i/lub polipektomią. Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....

Data i podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego

.....

Podpis lekarza

Ocena ryzyka związanego z zabiegiem w przypadku zastosowania jakiegokolwiek znieczulenia - **skala ASA**

I	II	III	IV	V
---	----	-----	----	---

Właściwe zaznaczyć **X**

Legenda:

I	pacjent zdrowy
II	pacjent z łagodnym schorzeniem układowym, nie mającym wpływu na normalne funkcjonowanie
III	pacjent z ciężkim schorzeniem układowym, ograniczającym normalne funkcjonowanie
IV	pacjent z bardzo ciężkim schorzeniem układowym, które jest ciągłym zagrożeniem dla życia
V	pacjent umierający, który nie przeżyje bez operacji

Oryginał tego formularza wyrażenia pełnej i świadomej zgody na zabieg zostanie włączony do dokumentacji medycznej.