



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA I SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE BADANIA

PG1F2/CHIR18
Typ badania: GASTROSKOPIA
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
PESEL
PRACOWNIA ENDOSKOPOWA – LEKARZ PROWADZĄCY

Informacje dla Pacjenta

Szanowna Pacjentko, Szanowny Pacjencie,
 Zdecydował/a się Pan/i poddać powyższemu badaniu. Przed badaniem lekarz omówi z Panią/em uzasadnienie i przebieg badania. Zapozna Panią/a z możliwymi zagrożeniami i powikłaniami, mogącymi wystąpić w związku z procedurą, aby mogła/mógł Pani/Pan podjąć świadomą decyzję i wyrazić zgodę na przeprowadzenie badania.

Przygotowanie do badania:

- ☐ Na czczo na 6 godzin przed badaniem
- ☐ Nie spożywać płynów na 2-3 godziny przed badaniem

Szczegółowe informacje związane z badaniem:

Badanie jest przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (celem ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła fiberoskop o średnicy około 1cm, prosząc jednocześnie o wykonanie manewru połykania. Moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia, wymaga współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest tylko nieco nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne. Również pobieranie wycinków jest całkowicie bezbolesne. Instrument służący do badania jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi kleszczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

Wskazania:

- ☐ uporczywe objawy dyspeptyczne (zgaga, nudności, ból brzucha, wzdęcia)
- ☐ trudności i ból przy połykaniu
- ☐ krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego (wymioty z krwią, smoliste stolce)
- ☐ niezamierzona utrata masy ciała
- ☐ jako kontrolne badanie u pacjentów z grupy ryzyka
- ☐ inne:

Przeciwwskazania:

- ☐ ostre stany kardiologiczne (zawał, niewydolność serca, ostry zespół wieńcowy)
- ☐ ciężka niewydolność oddechowa
- ☐ niekontrolowane nadciśnienie
- ☐ podejrzenie perforacji przewodu pokarmowego
- ☐ inne:

BADANIE ENDOSKOPOWE – GASTROSKOPIA



Alternatywne metody diagnostyczne:

Badanie radiologiczne z kontrastem, endoskopia kapsułkowa, tomografia komputerowa.

Ryzyko związane z badaniem:

- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badań)
- krwawienie, głównie po pobraniu wycinków
- rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca

Wymieniono większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

Uwagi lekarza dotyczące rozmowy z pacjentem (np. specyficzne ryzyko i możliwe powikłania, skutki uboczne, specjalne pytania pacjenta, ograniczenie zgody np. odmowa transfuzji, możliwe nieudogodnienia w przypadku odmowy, przesunięcie zabiegu w czasie, powody odmowy, możliwe alternatywy leczenia):

- ☐ brak uwag
- ☐ stwierdzone uwagi/przeciwwskazania:

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- Lekarz odpowiedział na wszelkie moje pytania dotyczące planowanego badania, otrzymałam informacje o badaniu, możliwym ryzyku z nim związanym.
- Jestem świadoma/y swojego stanu zdrowia oraz mogę swobodnie i bez nacisku rozważyć konieczność i celowość planowanego badania oraz ryzyko z nimi związane, włącznie z ewentualną niewygodą, bólem czy też innymi ograniczeniami związanymi z tym sposobem leczenia.
- Zostałam pouczona/y o tym, że mogę w każdym momencie przed badaniem wycofać swoją zgodę na jego przeprowadzenie.
- Zostałam pouczona/y i jestem świadoma/y mojego zobowiązania do należytego przygotowania się do badania. W przypadku braku odpowiedniego przygotowania jestem świadoma/y ryzyka.
- **Wyrażam/ nie wyrażam** zgody na powyższe badanie.*
- **Wyrażam/ nie wyrażam** zgody na jego ewentualne poszerzenie.*
- Wyrażam zgodę na znieczulenie miejscowe/sedację/znieczulenie ogólne w celu przeprowadzenia badania.

ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ Z INFORMACJAMI DOTYCZĄCYMI BADANIA ORAZ WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADANIA ENDOSKOPOWEGO - GASTROSKOPII:

Bielsko-Biała, w dniu..... Podpis Pacjenta

PODPISANE OŚWIADCZENIA W W PACJENTA OTRZYMAŁEM:

Data, podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić

BADANIE ENDOSKOPOWE – GASTROSKOPIA