



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA I SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE BADANIA

PG1F2/CHIR19

Typ badania: KOLONOSKOPIA

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:

Przygotowanie do kolonoskopii jest kluczowe dla powodzenia badania. Jeśli jelito nie zostanie dokładnie oczyszczone, lekarz może przeoczyć zmiany (np. polipy) lub badanie trzeba będzie powtórzyć. Dodatkowo w dniu badania wymagane jest posiadanie **wyników badań laboratoryjnych** z krwi tj. morfologia, czasy krzepnięcia – APTT, INR (badania wykonane nie wcześniej niż 7 dni przed badaniem kolonoskopii)

Etapy przygotowania do badania:

1. Na 7 dni przed badaniem

- Leki przeciwkrzepliwe: Jeśli przyjmujesz leki rozrzedzające krew (np. Warfaryna, Acenokumarol, Aspiryna, Plavix, Xarelto, Pradaxa, Eliquis), skonsultuj się z lekarzem prowadzącym w celu ich odstawienia lub zamiany na heparynę drobnocząsteczkową.
- Preparaty żelaza: Przestań przyjmować doustne preparaty żelaza (mogą barwić ścianki jelita).
- Dieta: Unikaj owoców i warzyw z pestkami (np. winogrona, pomidory, ogórki, truskawki, maliny, mak, siemię lniane). Pestki mogą pozostać w jelicie i zablokować kanał roboczy endoskopu.

2. Na 3 dni przed badaniem

- Dieta lekkostrawna: Przejdź na dietę ubogoresztkową.
- Jedz: Białe pieczywo, ryż, makaron jasny, gotowane chude mięso i ryby, jajka, klarowne buliony.
- Unikaj: Ciemnego pieczywa, kasz, surowych warzyw i owoców, potraw smażonych i tłustych.

3. Dzień przed badaniem

Jest to najważniejszy dzień przygotowania. Nie należy spożywać posiłków stałych.

- Śniadanie (ok. 8:00): Tylko lekka, płynna dieta (np. kisiel bez kawałków owoców, przecedzony bulion).
- Po śniadaniu: Można pić wyłącznie klarowne płyny (woda niegazowana, słaba herbata, klarowne soki bez miąższu). Unikaj płynów czerwonych i fioletowych (mogą imitować krew).
- Rozpoczęcie przyjmowania preparatu przeczyszczającego:



- Godzina rozpoczęcia zależy od zaleconego przez lekarza preparatu (np. CitraFleet, Fortrans, Moviprep). Prosimy o dokładne zapoznanie się z ulotką załączoną do preparatu – znajduje się tam szczegółowy schemat przygotowania, w którym należy uwzględnić planowaną godzinę rozpoczęcia badania

- Ważne: Spodziewaj się częstych wypróżnień, które z czasem staną się wodniste.

4. Dzień badania

- Płynny: zgodnie z instrukcją preparatu wypij drugą dawkę środka przeczyszczającego.
- Zakończenie picia: picie jakichkolwiek płynów należy zakończyć na 4 godziny przed planowaną godziną badania (szczególnie jeśli badanie odbywa się w znieczuleniu ogólnym).
- Leki stałe: stałe leki na nadciśnienie, choroby serca czy tarczycę przyjmij rano, popijając niewielką ilością wody (chyba że lekarz zalecił inaczej).

WAŻNE WSKAZÓWKI:

- * Płynny: zgodnie z instrukcją preparatu pamiętaj o wypiciu drugiej dawki środka przeczyszczającego.
- * Zakończenie picia: picie jakichkolwiek płynów należy zakończyć na 4 godziny przed planowaną godziną badania (szczególnie jeśli badanie odbywa się w znieczuleniu ogólnym).
- * Leki stałe: stałe leki na nadciśnienie, choroby serca czy tarczycę przyjmij rano, popijając niewielką ilością wody (chyba że lekarz zalecił inaczej).

Szczegółowe informacje związane z badaniem:

Badanie kolonoskopii nie wymaga znieczulenia ogólnego. Wykonuje się je po odpowiednim przygotowaniu polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających, wspomaganych przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny, ewentualny ból należy odróżniać od stale występującego wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej.

Wskazania:

- ☐ krwawienia z przewodu pokarmowego, krew lub śluz w stolcu, dodatni test na krew utajoną
- ☐ nagła i nieuzasadniona utrata masy ciała
- ☐ przewlekłe bóle brzucha o niejasnej przyczynie
- ☐ zmiany rytmu wypróżnień (uporczywe zaparcia lub biegunki), stolce ołówkowate
- ☐ niedokrwistość (anemia) z niedoboru żelaza o nieznannej przyczynie
- ☐ jako kontrolne badanie u pacjentów z grupy ryzyka
- ☐ jako badanie przesiewowe (profilaktyczne po 50 r.ż.)
- ☐ inne:

Przeciwwskazania:

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


Alternatywne metody diagnostyczne:

Kolonografia TK, sigmoidoskopia, endoskopia kapsułkowa.

Ryzyko związane z zabiegiem:

- krwawienie, głównie po pobraniu wycinków
- perforacja (przedziurawienie) ściany jelita
- 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 - KOLONOSKOPII:

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

PODPISANE OŚWIADCZENIA W PACJENTA OTRZYMAŁEM:

Data, podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić