



**Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:**

Czy istnieje u Państwa zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?	TAK NIE
Czy takie objawy zdarzały się wśród członków Państwa rodziny?	TAK NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK NIE
Czy występowały u Państwa objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki?	TAK NIE
Czy przyjmują Państwo leki wpływające na krzepliwość krwi (acard, acenokumarol, warfaryna , tiklopidyna , klopidogrel , dabigatren - Pradaxa)?	TAK NIE
Czy byli Państwo dotychczas operowani? Jeśli tak, to proszę wymienić operacje, szczególnie te wykonane w obrębie brzucha .....	TAK NIE
Czy są Państwo leczeni z powodu chorób serca lub płuc , np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa serca, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa?	TAK NIE
Czy są Państwo leczeni z powodu innych chorób przewlekłych np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne?	TAK NIE
Czy mają Państwo wszczepiony rozrusznik” serca lub endoprotezę?	TAK NIE

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

**Zachowanie po zabiegu:**

Z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarny stolec. Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy nie mogą Państwo w przeciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, do domu należy wrócić z opiekunem.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam świadomą zgodę na gastroskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego, a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie. Wyrażam także zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

Wyrażam również zgodę na wgląd w obraz gastrokopowy lekarzom szkolącym się w wykonywaniu tego zabiegu (opcjonalnie) – w razie potrzeby – wykreślić.

**Zapoznałem się z informacją o badaniu i wyrażam świadomą zgodę na jego wykonanie :**

.....  
data i podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....  
data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego