

OŚWIADCZENIE I ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE KOLONOSKOPOWE I ZABIEG ENDOSKOPOWEJ POLIPEKTOMII

.....
Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie:

Kolonoskopii , w razie potrzeby rozszerzonej o pobranie wycinków lub/i z usunięcie polipa jelita grubego (do 1 cm)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z dołączoną informacją o kolonoskopii , zostałem/am poinformowany/a w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości o celu, rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania i zabiegu polipektomii endoskopowej oraz wszelkich możliwych do przewidzenia wiążących się z nim ryzykach, w tym ryzykach rzadko występujących, innych możliwych metodach leczenia, jak również o efekcie, jakiego mogę się spodziewać, jeżeli przebieg badania przebiegać będzie bez zakłóceń.

Wyrażam zgodę na wykonanie innych, niemożliwych do przewidzenia przed badaniem procedur koniecznych do osiągnięcia zaplanowanego rezultatu lub usunięcia napotkanych w trakcie zabiegu trudności.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed badaniem i po badaniu oraz po zabiegu polipektomii endoskopowej. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż po wykonaniu badania, jeśli zostaną mi podane leki znieczulające, nie będzie mi wolno w tym dniu prowadzić samochodu.

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zabiegiem polipektomii endoskopowej i zgadzam się na jego wykonanie.

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

Informacja o kolonoskopii

Badanie, które Państwu proponujemy wymaga Państwa zgody.

Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu możliwych powikłaniach planowanego badania. Dlaczego proponujemy Państwu to badanie? Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. W celu dokładnego określenia tych zmian lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać badania diagnostyczne.

Zastosowanie techniki endoskopowej najczęściej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub są one niewielkie, a sama ocena jelita jest znacznie dokładniejsza niż przy badaniu RTG i w znacznym stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. W większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego. Niekiedy kolonoskopię przeprowadza się w sedacji (uspokojenie bez utraty świadomości). Duże znaczenie ma ponadto możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopia) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (np. odcięcie polipów) w razie wykrycia tego typu zmian.

Przeprowadzenie badania:

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita, najczęściej za pomocą doustnie podanych środków przeczyszczających, wspomaganych czasami przez wlewki doodbytnicze. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia płynów innych niż służące do oczyszczenia jelita. Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami nieznacznie bolesny: ewentualny ból trzeba odróżnić od stale występującego wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita. Wszystkie objawy występujące w trakcie badania należy zgłaszać lekarzowi. Instrument służący do kolonoskopii jest dokładnie dezynfekowany przed każdym badaniem w specjalnie skonstruowanej myjni. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego szczypczyki. Są one przed użyciem sterylizowane, co również chroni przed zakażeniem

Możliwe powikłania:

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%) i krwawienie (0,008%), które może być opanowane metodą endoskopową poprzez założenie pętli lub klipsa za pomocą specjalnego oprzyrządowania; w innych przypadkach wymagana jest natychmiastowa operacja. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających, prosimy o odpowiedź 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 występowały u Państwa objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki?	TAK NIE
Czy jest Pani w ciąży?	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 p. 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

* niepotrzebne skreślić.

Postępowanie po badaniu:

W przypadku stosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez okres 4 godzin po zabiegu. Pojawienie się jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić do szpitala. Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym badaniu, wymienionych tu powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem.

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