

INFORMACJA DLA PACJENTA

Pieczęć Oddziału / Poradni

ORAZ

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GASTROSKOPII

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL: - - - - - data urodzenia.....

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić te decyzję informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania

Proszę uważnie przeczytać!**1. DLACZEGO PROPONUJEMY PANI / PANU WYKONANIE GASTROSKOPII?**

Na podstawie przeprowadzonego dotychczas badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą części przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawrotowość wrzodów, lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa, lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia.

Alternatywne metody diagnostyczne: Brak obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

Przeprowadzenie badania

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła fiberoskop o średnicy około 1cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. 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 w niewielkim stopniu nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne, podobnie jak pobieranie wycinków. Instrument służący do badania jest każdorazowo specjalnie dezynfekowany, dlatego też zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypcami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

2. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować całkowitego braku ryzyka związanego z badaniem diagnostycznym inwazyjnym. Powikłania związane z wykonaniem gastroskopii zdarzają się jednak niezmiennie rzadko. Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badań). Niekiedy może też dojść do krwawienia, głównie po pobraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają szybkiego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, zatrzymanie akcji serca.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania siniaków po niewielkich urazach mechanicznych?
☐ Tak ☐ Nie
2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?
☐ Tak ☐ Nie
3. Czy zażywa Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)?
☐ Tak ☐ Nie
4. Czy choruje Pani/Pan na oczy (jaskra)?
☐ Tak ☐ Nie

Proszę pytać, jeżeli czegoś Pani / Pan nie rozumie, lub chce wiedzieć więcej na temat badania.

Postępowanie po badaniu

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godziny po badaniu nie jeść ani pić, aby uniknąć zadławienia. Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin będzie Pani / Pan odczuwać silne bóle jamy brzusznej, bądź zaobserwuje czarny stolec. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani / Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarkę lub lekarzowi.

3. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani /Pan zapytała /ał nas o wszystko co chciałby wiedzieć w związku z planowanym badaniem diagnostycznym. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego badania oraz wszelkie oczekiwane przez Panią /Pana wyjaśnienia można uzyskać u każdego lekarza specjalisty zatrudnionego w naszym Oddziale / Poradni. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani /Pana pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA CO DO PROPONOWANEGO BADANIA (w razie braku zastrzeżeń proszę wpisać „bez zastrzeżeń”)

4. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Oświadczam, że o ile mi wiadomo to nie jestem uczulony/na na leki, środki kontrastowe, preparaty diagnostyczne.

Zgadzam się

na przeprowadzenie u mnie następującego badania diagnostycznego inwazyjnego

rodzaj badania

**oraz na zastosowanie procedur medycznych, które okażą się niezbędne
w trakcie przeprowadzania badania w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,
ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.**

.....
Data

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie diagnostyczne.

**Zostałem / lam poinformowany /na o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji
dla mojego zdrowia i życia.**

.....
Data

.....
pieczęć i podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:*

☐ chory nieprzytomny

☐ chory przytomny, ale w stanie bardzo ciężkim uniemożliwiającym złożenie własnoręcznego podpisu (po przeczytaniu zgody przez lekarza chory wyraża zgodę na gastroskopię ze wszystkimi zastrzeżeniami)

.....
Data, pieczęć i podpis dwóch lekarzy, którzy stwierdzili konieczność wykonania gastrokopii

*zaznaczyć właściwe