

Pieczęć Oddziału / Poradni

INFORMACJA DLA PACJENTA

ORAZ

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE KOLONOSKOPII

Imię i Nazwisko Pacjenta

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

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

Proszę uważnie przeczytać!

1. DLACZEGO PROPONUJEMY PANI / PANU WYKONANIE KOLONOSKOPII?

Na podstawie przeprowadzonych 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 kolonoskopię (technika endoskopowa). Badanie to najczęściej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub są one niewielkie, a sama ocena jelita jest znacznie dokładniejsza niż w badaniu RTG (ocena radiologiczna). W znacznym też stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. W większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopia) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (np.: odcięcie polipów), w razie wykrycia tego typu zmiany, co nie jest możliwe w badaniu RTG.

Alternatywne metody diagnostyczne:

Istnieje możliwość oceny radiologicznej za pomocą środka kontrastowego wprowadzanego doodbytniczo.

Przygotowanie do badania.

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających, wspomaganych przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach, ze względu na stan ogólny pacjenta uniemożliwiający tego typu przygotowanie, czyszczenie jelita polega na kilkudniowej głodówce, połączonej z licznymi doodbytnicznymi wlewami czyszczącymi.

Przeprowadzenie badania

Badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny: ewentualny ból trzeba odróżniać od stale występującego wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny. Występowanie bólu należy zgłosić lekarzowi, a jego stałe utrzymywanie się może być wskazaniem do odstąpienia od dalszej oceny jelita. Instrument służący do kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

2. MOŻLIWOŚCI WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować całkowitego braku ryzyka związanego z badaniem diagnostycznym inwazyjnym. Powikłania związane wykonaniem kolonoskopii zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich:

- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%),
- krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji.

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 bądź anestetycznych, prosimy o odpowiedź na pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania siniaków po niewielkich urazach mechanicznych?
☐ Tak ☐ Nie
2. Czy podobne objawy występowały wśród członków Państwa rodziny?
☐ Tak ☐ Nie
3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)?
☐ Tak ☐ Nie

Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym badaniu, wymienionych powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem.

Postępowanie po badaniu

W przypadku stosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

3. ROZMOWA Z LEKARZEM

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

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

4. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/łam 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

pieczętka i podpis lekarza

czytelny podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie diagnostyczne.

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

Data

pieczętka 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 wykonanie kolonoskopii ze wszystkimi zastrzeżeniami)

Data, pieczętka i podpis dwóch lekarzy, którzy stwierdzili konieczność wykonania kolonoskopii

*zaznaczyć właściwe