Szpital Zakonu Bonifratrów
św. Jana Grandego w Krakowie sp. z o.o.
Pracownia Endoskopii

Kraków, ... r.

FORMULARZ ZGODY

Gastroskopia (Panendoskopia)

.....
Lekarz

.....
Pacjent

.....
PESEL

.....
Informacje dodatkowe

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie przeprowadzonego dotychczas badania oraz wywiadu lekarz prowadzący podejrzewa u Pani/Pana występowanie schorzenia w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Gastroskopia (panendoskopia) jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą górny odcinek przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii Helicobacter pylori lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa, lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. 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 zakładamy między szczęki plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza się do jamy ustnej i gardła fiberoskop średnicy około 9 mm, 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 szczypczykami.

Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przełyku w około 0,03% badań) Niekiedy może też dojść do krwawienia, głównie po pobraniu wycinków (0,005%). Powikłania takie mogą wymagać szybkiego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca.

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

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

   ☐ **NIE** ☐ **TAK**

2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?

   ☐ **NIE** ☐ **TAK**

3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)?

   ☐ **NIE** ☐ **TAK**

Postępowanie po badaniu

Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

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.

Podpis lekarza

PIECZĄTKA LEKARZA

.....
Podpis lekarza

Kraków, ... r.

Oświadczenie Pacjenta lub Przedstawiciela Ustawowego

W pełni zrozumiałem przedstawione mi informacje i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie proponowanego zabiegu, jak również na ewentualnie konieczne i korzystne z punktu widzenia mojego stanu i zdrowia dodatkowe zabiegi:

1. wykonanie biopsji, tj. pobranie wycinków do badania histopatologicznego i wykonania testu ureazowego
2. wykonanie polipektomii endoskopowej (usunięcie polipów)
3. inne, których charakteru i zakresu nie można z góry przewidzieć, a będą korzystne z punktu widzenia mojego zdrowia

WYRAŻAM DOBROWOLNIE ZGODĘ
na przeprowadzenie proponowanego badania

.....
Podpis Pacjenta

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego

Kraków, ... r.

NIE WYRAŻAM ZGODY
na przeprowadzenie proponowanego badania

.....
Podpis Pacjenta

.....
Podpis przedstawiciela ustawowego

Kraków, ... r.

Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego **odmowy** wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu:

.....

.....

.....