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

Kraków, ... r.

FORMULARZ ZGODY

Kolonoskopia

.....
Lekarz

.....
Pacjent

.....
PESEL

.....
Informacje dodatkowe

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadu lekarz prowadzący podejrzewa 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. Istnieją dwa sposoby badania: (1) poprzez endoskopową ocenę jelita grubego, „bądź" (2) ocenę radiologiczną za pomocą środka kontrastowego wprowadzanego doodbytniczo. Zastosowanie techniki endoskopowej powoduje, że ocena jelita jest znacznie dokładniejsza niż w badaniu radiologicznym. W znacznym też stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopia) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (np.: usunięcie polipów), w razie wykrycia tego typu zmian, co nie jest możliwe w badaniu radiologicznym.

Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających. Samo 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. 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.

Możliwe powikłania

Powodzenia badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,5%) Najpoważniejsze z powikłań to:

- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,25%)
- krwawienie (poniżej 0,1%)

Powikłania te często wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza.

Częściowe niepowodzenie badania, tj. niezbadanie całego jelita zdarza się w ok.5-10% przypadków, wynika to z budowy anatomicznej, zrostów pooperacyjnych, nadmiernego nasilenia dolegliwości bólowych itp. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezjologicznych, 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

Ze względu na podawane przez nas leki nie wolno po badaniu prowadzić samochodu. 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:

.....

.....

.....