

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE GASTROSKOPII

IMIE I NAZWISKO PACJENTA

.....

PESEL PACJENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA:

Stan ogólny pacjenta:

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych badań:

.....
.....

Postępowanie/metoda

leczenia:

INFORMACJA O BADANIU:

Badanie polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Gastroskopia jest najczęściej stosowaną metodą diagnostyczną w ocenie stanu anatomicznego i fizjologicznego narządów górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dodatkowo badanie umożliwia pobranie materiału (biopsja) do dalszej diagnostyki histopatologicznej. Pobranie wycinków (biopsja) jest bezpieczne i niebolesne. Rozróżnia się gastroskopię diagnostyczną i terapeutyczną.

Do zabiegów możliwych do wykonania w trakcie tego badania należą: usuwanie polipów (które mogą być stanem przedrakowym), tamowanie krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego, usuwanie ciał obcych i poszerzanie zwężeń oraz opaskowanie żylaków przełyku.

Dzięki temu w większości przypadków możliwe jest uniknięcie operacji.

Niewłaściwe przygotowanie pacjenta do badania uniemożliwia dokładną ocenę ścian przewodu pokarmowego.

PRZEBIEG BADANIA:

Badanie najczęściej wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku. Właściwą część badania poprzedza znieczulenie tylnej ściany gardła lidocainą w aerozolu. Na czas badania umieszcza się między zębami plastikowy ustnik chroniący gastroskop przed przypadkowym pogryzieniem. Do jamy ustnej wprowadza się giętki endoskop przy jednoczesnym wykonaniu odruchu połykania. Moment ten może być nieprzyjemny i wywołać u badanej osoby uczucie duszenia się lub odruch wymiotny. Badanie trwa zwykle kilka minut.

MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Ryzyko zakażenia podczas gastrokopii jest znikome. Gastroskopia jest bezpieczną procedurą diagnostyczną. Powikłania zdarzają się w 1/500 – 1/1000 wykonywanych badań. Perforacja (przeżucie ściany) zdarza się wyjątkowo rzadko tylko w 0,035 przypadków, a krwawienie w 0,15%. W przypadku tych powikłań, gdy nie uda się ich wyleczyć metodą endoskopową, czasem wymagana jest operacja. Zgon może dotyczyć 1 na 20 000 – 30 000 wykonywanych badań. Większość około 40% powikłań gastrokopii związana jest ze znieczuleniem, m. in. zwiększa się ryzyko powikłań krążeniowo-oddechowych, jak również ryzyko zachłyśnięcia. Z tego powodu powinno unikać się głębszego znieczulenia w przypadku tego badania i stosować je w wyjątkowych przypadkach - głównie do zabiegów terapeutycznych. W przypadku zabiegów terapeutycznych ryzyko perforacji i krwawienia istotnie wzrasta, jednak należy wziąć pod uwagę to, że w większości przypadków udaje się je zaopatrzyć metodami endoskopowymi.

POSTĘPOWANIE PO BADANIU:

Z uwagi na znieczulenie gardła przez 30 – 60 min. lub do ustąpienia objawów znieczulenia gardła, po badaniu nie wolno przyjmować płynów, ani spożywać posiłków. Wystąpienie niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić lekarzowi lub pielęgniarce.

PYTANIA PACJENTA:

ROKOWANIE:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego badania:
☐ duże ☐ średnie ☐ ograniczone

KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA:

Brak zgody na wykonanie badania utrudni postawienie rozpoznania i wdrożenia prawidłowego leczenia oraz może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

ALTERNATYWNE METODY DIAGNOSTYCZNE:

Inne dostępne metody diagnostyki górnego odcinka przewodu pokarmowego to RTG z kontrastem oraz badanie kapsułką (nierefundowane przez NFZ). Obie metody nie dają możliwości wykonania biopsji.

PYTANIA:

1. Czy stosuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość (np. Polocard, Warfin, Acenocumarol itp.)?
☐ TAK ☐ NIE

2. Czy choruje Pani/Pan na astmę?
☐ TAK ☐ NIE

3. Czy wystąpiły u Pani/Pana kiedykolwiek objawy uczulenia na środki lecznicze, spożywcze lub kosmetyczne, w tym lateks?
☐ TAK ☐ NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszej zgody oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju badania.
Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego badania i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.

Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie (w tym m. in. o zabieg pobierania wycinków lub polipektomię), zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

*data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego***

Stwierdzam, że przedstawiłem Pacjentowi/Pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach, powikłaniach które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania oraz przedstawiłem alternatywne metody diagnostyczne.

data, podpis i pieczęć lekarza

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania. Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

*data, podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego***

data, podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić

**Pacjent po ukończeniu 16 r. ż. - zgoda podwójna (Pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)