

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE KOŁONOSKOPII

IMIĘ 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 (kolonoskopu) przez odbyt do odbytnicy, następnie do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Kolonoskopia jest najskuteczniejszą stosowaną metodą diagnostyczną w ocenie stanu anatomicznego i fizjologicznego narządów dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Dodatkowo badanie umożliwia pobranie materiału (biopsja) do dalszej diagnostyki histopatologicznej. Rozróżnia się kolonoskopię diagnostyczną i terapeutyczną. Do zabiegów możliwych do wykonania w trakcie tego badania należą: usuwanie polipów (które mogą być stanem przedrakowym), tamowanie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, usuwanie ciał obcych i poszerzanie zwężeń. 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 lub w pozycji na wznak.

MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Ryzyko zakażenia podczas kolonoskopii jest znikome.

Kolonoskopia diagnostyczna jest badaniem stosunkowo bezpiecznym - ryzyko perforacji (przedziurawienia) wynosi od 0,01-0,2%, a ryzyko krwawienia 0,5%. Ryzyko to wzrasta w przypadku polipektomii: perforacja 0,3-2%; krwawienie w trakcie lub po zabiegu 1,5-2,0%. Gdy metodami endoskopowymi nie uda się wyleczyć tych powikłań, potrzebna może być operacja.

Bardzo rzadkimi powikłaniami kolonoskopii są: uszkodzenia śledziony, zapalenie wyrostka i uchyłków, infekcje i chemiczne zapalenie jelita.

Zgon zdarza się w wyjątkowych przypadkach 0-0,01%(0-1:10000 kolonoskopii).

POSTĘPOWANIE PO BADANIU:

W przypadku zastosowania środków o działaniu uspakajającym, znieczulającym lub przeciwbólowym nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny po badaniu oraz nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w dniu badania.

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 metody diagnostyczne jelita grubego to kolografia (kolonoskopia wirtualna, badanie radiologiczne) oraz badanie kapsułką (nier refundowane przez NFZ).

W trakcie tych badań nie ma możliwości wykonania biopsji oraz wykonania zabiegu np. polipektomii.

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

* niepotrzebne skreślić

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