

CENTRUM MEDYCZNE GIZIŃSCY SP. Z O.O.
000000002378
Centrum Medyczne Giziński Szpital
850796 BYDGOSZCZ, LEŚNA 9A
tel.: 52 34 55 080
NIP: 967-13-01-199 REGON: 340530520
04 Centrum Medyczne Giziński

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ZABIEGU GASTROSKOPII

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....

PESEL PACJENTA

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

DATA URODZENIA:

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych badań

.....
.....

Postępowanie/metoda leczenia.....

INFORMACJA O BADANIU:

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.

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 żyłaków 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 areozolu. 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. Gastroscopia 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. 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 1 godzinę 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 pielęgniarkę.

ALTERNATYWNE METODY DIAGNOSTYCZNE

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

PYTANIA:

- 1. Czy stosuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość (np. Plavix, Pradaxa, Warfin, Acenocumarol, Eliquis itp.)?**
[] TAK [] NIE
- 2. Czy leczenie p/krzepliwe, p/zakrzepowe przed badaniem było modyfikowane przez lekarza POZ lub prowadzącego?**
[] TAK [] NIE
- 3. Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawienia po zranieniu lub usunięciu zębów?**
[] TAK [] NIE
- 4. Czy zaobserwował/a Pan/Pani skłonność do łatwego powstawania siniaków na skórze?**
[] TAK [] NIE
- 5. Czy wystąpiły u Pana/Pani kiedykolwiek objawy uczulenia na środki znieczulające i leki?**
[] TAK [] NIE
- 6. Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca, stymulator lub endoprotezę?**
[] TAK [] NIE
- 7. Czy jest Pan/Pani leczony/a z powodu chorób serca lub płuc (wady serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, astma itp.)?**
[] TAK [] NIE
- 8. Czy jest Pan/Pani leczony/a z powodu innych chorób przewlekłych (jaskra, epilepsja, cukrzyca itp.)?**
[] TAK [] NIE
- 9. Czy był/a Pan/Pani dotychczas operowany/a?**
[] TAK [] NIE
Jeśli TAK to na co:
- 10. Czy w ostatnich 4 tygodniach był/a Pan/Pani przeziębiony/a i brał/a antybiotyki?**
[] TAK [] NIE
- 11. Czy jest Pani w ciąży?**
[] TAK [] NIE

PYTANIA PACJENTA:

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.

KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA:

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

*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 pieczętka 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 pieczętka lekarza

* niepotrzebne skreślić

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