

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE ZABIEGU KOLONOSKOPII

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....

PESEL PACJENTA

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

DATA URODZENIA:

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych badań

.....
.....

Postępowanie/metoda leczenia.....

INFORMACJA O BADANIU:

Badanie polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbytnicę 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. Celem badania jest optyczna ocena śluzówki jelita grubego oraz jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego i/lub usunięcie polipów. W przypadku stwierdzenia krwawienia w tej części przewodu pokarmowego, wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia.

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 zapalenie jelita.
Zgon zdarza się w wyjątkowych przypadkach 0-0,01%.

POSTĘPOWANIE PO BADANIU:

W przypadku zastosowania środków o działaniu uspokajającym, znieczulającym lub przeciwbólowym nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny po badaniu. W ciągu najbliższych 24h nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń i maszyn, podejmować i podpisywać ważnych decyzji. Wystąpienie niejasnych dla Pana/Pani objawów należy niezwłocznie zgłosić lekarzowi lub pielęgniarce.

PYTANIA PACJENTA:

ALTERNATYWNE METODY DIAGNOSTYCZNE:

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

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

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 lekarstwa?

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:

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)