

OŚWIADCZENIE PACJENTA ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE KOLONOSKOPOWE

Nr Księgi Głównej

Nazwisko i imię chorego/chorej

Data urodzenia

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.

Podpis lekarza wykonującego badanie

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- zapoznałem się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w badania i zgadzam się na proponowane badanie kolonoskopowe;
- zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie (w tym m.in. o zabieg pobierania wycinków i zabieg polipektomii), jeżeli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;
- stwierdzam, że uzyskałem/łam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów.

Podpis pacjenta/pacjentki/opiekuna

Zielona Góra, dnia

INFORMACJA O KOLONOSKOPII

Badanie, które Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję, informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

PRZEPROWADZENIE BADANIA

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita, najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających, wspomaganym przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Przygotowanie odbywa się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów, niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach, ze względu na stan ogólny pacjenta, uniemożliwiający tego typu przygotowanie, czyszczenie jelita polega na kilkudniowej głodówce, połączonej z licznymi doodbytniczymi wlewami czyszczącymi.

Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbył do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny: ewentualny ból (trzeba odróżnić od stale występującego wzdęcia, wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny) należy zgłosić lekarzowi, a jego stałe utrzymywanie się może być wskazaniem do odstąpienia od dalszej oceny jelita.

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. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawianie ściany przewodu pokarmowego (0,14% - 0,18%), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających, bądź anestetycznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych? | TAK | NIE |
| 2. Czy podobne objawy zdarzały się wśród członków Państwa rodziny? | TAK | NIE |
| 3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Aspiryna, dikumarol itp.)? | TAK | NIE |

(zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź)

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

W przypadku stosowania znieczulenia, nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu. 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 tu powikłaniach, bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego zabiegu, jak również na ewentualnie konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi.*

Wyrażam również zgodę na znieczulenie ogólne lub głębokie uspokojenie w celu przeprowadzenia badania.*

.....
nazwisko i imię badanego lub opiekuna

.....
data i podpis

*niepotrzebne skreślić

UWAGA: Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby przy powrocie do domu. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego, wskazane jest nieprowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.

**WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA
W OKRESIE 6 M-CY PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA**

Wywiad zbiera personel oddziału lub kartę wypełnia sam pacjent

ODDZIAŁ **DATA**

1. Imię i nazwisko 2. Data urodzenia

3. Czy chorował(a) Pan(i) na wirusowe zapalenie wątroby? NIE TAK*

Kiedy?

4. Czy był(a) Pan(i) leczony w innych placówkach służby zdrowia, również prywatnych?

Jeśli tak to gdzie ? (adres) NIE TAK*

5. Czy w ciągu ostatnich 6 m-cy miał(a) Pan(i) kontakt z chorymi na WZW?

Gdzie? NIE TAK*

6. Czy otrzymał(a) Pan(i) iniekcję, kroplówki, transfuzję? NIE TAK*

7. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne i śluzówki?

biopsje, punkcję, akupunkturę, operację, pobieranie krwi, ekstrakcje zęba, usuwanie kamienia nazębnego, plombowanie, usuwanie ciała obcego z oka, zabiegi ginekologiczne, zabieg urologiczny, zabieg endoskopowy, zabieg kosmetyczny, przekłuwanie uszu, tatuaż, golenie brzytwą

Gdzie?..... NIE TAK*

8. Czy miał(a) Pan(i) wykonywany zabieg endoskopowy? NIE TAK*

Gdzie? (adres i nazwisko lekarza)

9. Czy Pana, Pani zachowania seksualne były ryzykowne? NIE TAK*

10. Czy był(a) Pan(i) szczepiona przeciwko WZW? NIE TAK*

Ile razy?

.....
Data i podpis zbierającego / odbierającego wywiad

.....
Podpis pacjenta

* WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ

