



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F52

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

BADANIE EUS (ENDOSONOGRAFII)

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.

2. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.

EUS - endosonografia endoskopowa, to badanie USG wykonywane od światła przewodu pokarmowego. Wykonuje się ją w identyczny sposób jak gastroskopię (metoda diagnostyczna górnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na wprowadzeniu do niego giętkiego przewodu tzw. endoskopu zaopatrzonego w źródło światła i układ przekazujący obraz z wnętrza ciała). Aparat EUS jest nieco sztywniejszy i grubszy z tego względu iż musi on być wyposażony w dodatkowe elementy potrzebne do wykonania badania USG. W badaniu tym stosuje się znieczulenie miejscowe gardła (lignokaina) oraz często w naszej pracowni stosujemy analgesodację pacjenta dożylną (Fentanyl i Dormicum) dla poprawy komfortu badania. Badanie wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku. U części pacjentów w trakcie badania mogą pojawić się nieprzyjemne odczucia takie jak: odruchy wymiotne, dyskomfort w nadbrzuszu. Po badaniu czasem pacjenci zgłaszają bóle gardła- wynikające z podrażnienia śluzówki aparatem.

3. Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.

Głównymi wskazaniami do badania EUS są: nieprawidłowości w obrębie trzustki i dróg żółciowych, jak również zmiany znajdujące się w ścianie przewodu pokarmowego dostępnego badaniu. EUS ma tą zaletę iż można pobrać biopsję ze zmian patologicznych na badanie cytologiczne jak i histopatologiczne. Innymi rzadszymi wskazaniami to diagnostyka zmian w wątrobie, nadnerczach, i śledzionie, ocena naczyń wewnątrzbrzusznych, które są w zasięgu badania. Czasem badanie EUS może służyć do diagnostyki zmian śródściennych odbytnicy jak i zmian do niej przylegających. Przy użyciu aparatu EUS wykonuje się również wiele zabiegów zastępujących często bardziej inwazyjne procedury chirurgiczne: takie jak drenaże pseudotorbieli trzustki i dróg żółciowych wykonywane przez ścianę przewodu pokarmowego, można wykonać również zabieg neurektomii splotu trzewnego w leczeniu bólu chorych z rakiem trzustki lub w przewlekłym zapaleniu trzustki.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.

Pacjent musi być na czczo przed badaniem - minimum 6 godzin, po zabiegu około 2 godzin pozostaje w sali wybudzeń, następnie zostaje w szpitalu do czasu wypisu, ze szpitala po wypisie wymagana jest opieka, nie wolno kierować pojazdami, ze względu na możliwe ograniczenie świadomości po lekach zastosowanych celem analgesacji.

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem

Diagnostyczne badanie EUS jest badaniem bezpiecznym podobnym do gastroskopii, jedynym możliwym bardzo rzadkim powikłaniem jest uszkodzenie przełyku, ze względu na ograniczone (skośna optyka) możliwości kontrolowania wzrokiem końcówki aparatu, głównie w trakcie wprowadzania aparatu. Powikłania zdarzają się rzadko w 1-500 do 1-1000 wykonanych badań: ryzyko perforacji to 0,03 % a krwawienia 0,15 %. Zgon występuje niezwykle rzadko w 1 przypadku na 20-30 tys. wykonywanych badań. Ryzyko powikłań wzrasta do 1-2.5 % w przypadku wykonywania biopsji: krwawienia, zaciek zapalny, ostre zapalenie trzustki. Przy wykonywaniu skomplikowanych zabiegów w obrębie pola trzustkowo-żółciowego ryzyko wzrasta istotnie ale i tak jest dużo mniejsze niż w przypadku klasycznych zabiegów operacyjnych. Część powikłań można zaopatrzyć metodami endoskopowymi ale w części przypadków wymagany jest zabieg operacyjny.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Diagnostyczna metoda jest niezwykle korzystna ze względu na możliwość wykonania biopsji, jak również pozwala uniknąć wykonywania innych bardziej ryzykownych zabiegów. Zaniechanie wykonania badania często przedłuża diagnostykę i nie pozwala wdrożyć optymalnego szybkiego leczenia.

7. Alternatywnych metodach leczenia / diagnostyki.

Badania radiologiczne: USG, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.

8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

Brak możliwości wyrażenia świadomej zgody, brak współpracy z chorym, zażywanie leków przeciwkrzepliwych, inne ciężkie schorzenia ostre i przewlekłe.

9. Uwagi:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gł.:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłam/łam istotnych informacji odnośnie:

mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

ponadto oświadczam, iż przyjąłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONA ZGODE* na przeprowadzenie proponowanej operacji

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

* zaznacz właściwe

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

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>