



**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\_F31**

## **ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE**

### **KOLONOSKOPIA**

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.**

Kolonoskopia to metoda badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na oglądaniu giętym endoskopem wnętrza całego jelita grubego wprowadzonym przez lekarza przez odbyt. Podczas tego badania poza wziernikowaniem możliwe jest również pobieranie wycinków z błony śluzowej jelita grubego do badania histopatologicznego a także wykonywanie niektórych zabiegów terapeutycznych. Rozróżnia się kolonoskopię diagnostyczną i zabiegową: do zakresu możliwości tej drugiej należą: usuwanie polipów – to jest polipektomia endoskopowa (które mogą być stanem przedrakowym), endoskopowe opanowanie -tamowanie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, ewakuację ciał obcych, poszerzanie lub protezowanie zwężeń jelita. Niekiedy wystarczające jest oglądanie krótszych odcinków jelita – fibersigmoidoskopia -wziernikowanie esicy i odbytnicy lub rektoskopia -wziernikowanie tylko odbytnicy.

#### **3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu, rokowaniach.**

Celem badania jest dokładna obserwacja jelita grubego i odbytnicy. Do wykonania tego badania pacjent musi być odpowiednio przygotowany. Jelita powinny być oczyszczone z treści pokarmowej co uzyskuje się poprzez odpowiednią bezresztkową (kisielową) dietę przyjmowaną w przeddzień badania i zastosowanie specjalnych środków przeczyszczających. W przypadku sigmoidoskopii wystarczające jest wykonanie lewatyw. Badanie po przygotowaniu wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku. Po znieczuleniu kanału odbytu lignokainą lekarz wprowadza aparat i wpuszcza do jelita powietrze w celu jego rozdmuchania i dokładnego uwidocznienia powierzchni wewnętrznej jelita.

#### **4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.**

W celu złagodzenia bólu i zredukowania poczucia lęku przed badaniem w naszej pracowni stosujemy płytkę analgesodację polegającą na podaniu dożylnym krótko działających opioidowych leków przeciwbólowych (fentanyl)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

oraz uspokajających -sedatywnych (midazolam)- pacjent może nie pamiętać przebiegu badania. **Ze względu na ograniczenie możliwości świadomej percepcji i oceny bodźców zewnętrznych po podaniu powyższych leków świadomie wyrażona pisemna zgoda pacjenta jest zgodą również na przeprowadzenie niezbędnego w danym przypadku postępowania terapeutycznego -usunięcia polipów, tamowania krwawienia, pobrania wycinków itp.** Po podaniu tego rodzaju leków mogą czasem wystąpić powikłania dotyczące układu krążenia i oddechowego (aż do zatrzymanie czynności oddechowej i krążeniowej włącznie w bardzo rzadkich przypadkach) lub częściowej reakcje alergiczne. Ze względu na powyższe podpisana przez pacjenta. Należy pamiętać, iż po wykonanym badaniu pacjent jest nadzorowany i odpoczywa ok.2 godziny w sali obserwacyjnej. W dniu, w którym wykonano u pacjenta kolonoskopię nie można prowadzić samochodu ani obsługiwać maszyn.

#### **5. Możliwych, n najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem.**

Ryzyko zakażenia podczas kolonoskopii przy aktualnie stosowanych metodach dezynfekcji i sterylizacji jest znikome. Kolonoskopia diagnostyczna jest badaniem stosunkowo bezpiecznym -na podstawie przeglądu aktualnej literatury szacujemy iż ryzyko przedziurawienia (perforacji) jelita wynosi ok. 0,01 % -0,2 % , a ryzyko krwawienia ok. 0,5 %. Ryzyko to wzrasta w przypadku polipektomii i wynosi dla perforacji ok.0,3 -2% a dla krwawienia w trakcie i po zabiegu 1,5 -2 %. Jeśli postępowaniem endoskopowym nie udaje się wyleczyć tych powikłań koniecznym staje się pilne leczenie operacyjne. Do bardzo rzadkich powikłań towarzyszących kolonoskopii zaliczamy: uszkodzenie śledziony, zapalenie wyr. robaczkowego i uchyłków okrężnicy, infekcje i chemiczne zapalenie jelita. Ryzyko zgonu zdarza się wyjątkowo i wynosi ok.0,01% tj.1-10000 kolonoskopii.

#### **6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.**

Odstąpienie od wykonania zleconej kolonoskopii może wiązać się z opóźnieniem rozpoznania chorób dotyczących tego odcinka jelita np. wykrywania stanów przedrakowych( polipów), choroby nowotworowej jelita ( raka okrężnicy), nieswoistych chorób zapalnych jelit itp. co może skutkować niemożliwością późniejszego radykalnego leczenia.

#### **7. Alternatywnych metodach leczenia.**

Kolonoskopia pozostaje nadal złotym standardem w rozpoznawaniu schorzeń jelita grubego, do metod alternatywnych zaliczamy badanie rtg- dwukontrastowy wlew do jelita grubego- kolografię metodą podwójnego kontrastu – mniej dokładną co do ceny powierzchni śluzówki niż kolonoskopia oraz endoskopię kapsułkową **w obu znacznym utrudnieniem pozostaje brak możliwości pobrania wycinków mikroskopowych w momencie wykrycia zmian patologicznych w jelicie** i w konsekwencji skierowanie pacjenta na kolonoskopię.

#### **8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.**

Do przeciwwskazań należą: ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa, niewyrównany wstrząs, brak zgody na badanie.

#### **9. Uwagi:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

## 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,

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 kolonoskopię**

<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 ZGODĘ\* na kolonoskopię**

<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>