



**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_F32

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

GASTROSKOPIA - PANENDOSKOPIA

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.

Poinformowano mnie, iż gastroskopia to metoda diagnostyczna polegająca na wprowadzeniu do górnego odcinka przewodu pokarmowego giętkiego przewodu (endoskopu) przekazującego obraz z jego wnętrza.

3. Celu i oczekiwanych korzyściach przeprowadzenia zabiegu, rokowaniach.

Celem badania jest wykrycie-rozpoznanie ewentualnych zmian patologicznych w zbadanym odcinku przewodu pokarmowego poprzez jego bezpośrednie wziernikowanie. Podczas badania możliwe jest usunięcie drobnych zmian patologicznych błony śluzowej lub pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze zmian nieusuwalnych tą drogą czyli wykonanie gastrokopii diagnostycznej.

Tą drogą możliwe jest wykonanie również zabiegów terapeutycznych takich jak: usunięcie ciał obcych, polipektomia -usunięcie polipów z błony śluzowej, tamowanie krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, poszerzanie zwężeń, eradykacja -usunięcie żylaków przełyku, przeskorona endoskopowa gastrostomia czyli założenie elastycznej sondy odżywczej PEG.

4. Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu.

W badaniu tym stosuje się miejscowe znieczulenie gardła, poprzez które przeprowadza się aparat. Dzięki temu zazwyczaj jest ono niebolesne, ale u części pacjentów może powodować nasilenie odruchów wymiotnych, dyskomfort w nadbrzuszu lub przemijający ból gardła po badaniu. Oglądaniu podlega kilka odcinków przewodu pokarmowego to jest: przełyk, żołądek, początkowy odcinek dwunastnicy. Przed badaniem przez minimum 6 godzin należy być na czczo (nie jeść ,nie pić, nie palić tytoniu ani rzuć gumy). Badanie wykonuje się najczęściej na lewym boku z asystą pielęgniarską.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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

Ryzyko zakażenia podczas wykonywania gastrokopii przy aktualnych metodach dezynfekcji i sterylizacji, które stosujemy w naszej pracowni jest znikome. Gastroskopia diagnostyczna jest badaniem bezpiecznym. Niemniej należy mieć świadomość że powikłania zdarzają się w jednym na 500 do 1000 badań wykonanych badań i obejmują: perforację (przedziurawienie) przewodu pokarmowego -niezwykle rzadko w ok.0,03% przypadków, krwawienie z przewodu pokarmowego w ok. 0,15 %. W przypadku wystąpienia tych powikłań gdy nieskuteczne jest postępowanie endoskopowe konieczne okazuje się leczenie operacyjne. Zgon może dotyczyć 1 na 20-30 tys. przypadków wykonanych badań. Większość bo ok.40 % powikłań wiąże się ze znieczuleniem m.in. zwiększa się ryzyko powikłań krążeniowo -oddechowych i zachłyśnięcia. Dlatego głębsze znieczulenie należy stosować wyjątkowo i zarezerwować dla endoskopowych zabiegów terapeutycznych. W przypadku wykonywania zabiegów endoskopowych ryzyko perforacji i krwawienia z przewodu pokarmowego istotnie wzrasta ale należy pamiętać, iż w większości przypadków udaje się je zaopatrzyć metodami endoskopowymi co pozwala uniknąć w części przypadków leczenia operacyjnego.

6. **Konsekwencjach zaniechania leczenia.**

Odstąpienie od badania wiąże się z brakiem lub znacznym opóźnieniem postawienia właściwego rozpoznania i opóźnia również włączenie adekwatnego leczenia co w przypadku np. schorzeń nowotworowych może istotnie niekorzystnie wpłynąć na dalsze rokowanie chorego.

7. **Alternatywnych metodach leczenia.**

Panednoskopia pozostaje złotym standardem w diagnostyce i leczeniu schorzeń górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obecnie na rynku dostępne są odpłatne "kapsułki endoskopowe" jednak badanie endoskopowe przeprowadzone tą metodą uniemożliwia pobranie wycinków (diagnostykę mikroskopową) i jest nieco mniej dokładne.

8. **Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.**

Przeciwwskazania do zabiegu to stan po przyjęciu posiłku, ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa, napad astmy, niewyrównany wstrząs, brak zgody na badanie.

9. **Uwagi:**

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,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

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 przyjąłem/ą 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 zostałem/em poinformowany/a 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 gastroskopię

<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>

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia NIE WYRAŻAM ZGODY / COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na gastroskopię

<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 właściwie

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

Imię i nazwisko: PESEL: Nr ks. gt.:

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

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