

Zgoda pacjenta na wykonanie kolonoskopii diagnostyczno-leczniczej.

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Badanie kolonoskopowe wymaga świadomej zgody pacjenta. Aby ułatwić te decyzję informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Dlaczego proponowane jest to badanie?

Na podstawie wywiadu i wykonanych dotychczas badań podejrzewamy u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. W celu dokładnego określenia tych zmian lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać kolonoskopię.

Przeprowadzenie badania:

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita, najczęściej za pomocą doustnie podanych środków przeczyszczających, wspomaganymi czasami przez wlewki doodbytnicze. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, chory pije tylko płyny i środki oczyszczające. Badanie wykonywane jest przy pomocy giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami nieco bolesny: ewentualny ból trzeba odróżnić od występującego wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita. Wszystkie objawy występujące w trakcie badania należy zgłaszać lekarzowi. Instrument służący do kolonoskopii jest dokładnie dezynfekowany przed każdym badaniem w specjalnej myjni. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego kleszczyki. Są one przed użyciem sterylizowane, co chroni je przed zakażeniem. Napotkane polipy należy usunąć. Zabieg polipektomii jest niebolesny. Na szypułkę lub podstawę polipa zakłada się pętlę i odcina polipa bez lub z użyciem prądu elektrycznego. Czasem polipa usuwa się w kilku fragmentach. Po usunięciu materiał przesyła się do oceny mikroskopowej.

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: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%) i krwawienie (0,008%), które może być opanowane metodą endoskopową poprzez założenie pętli lub klipsa za pomocą specjalnego oprzyrządowania; w innych przypadkach wymagana jest natychmiastowa operacja. W przypadku usuwania polipa ryzyko powikłania jest mniejsze niż 1%. Śmiertelność jest niezwykle rzadka.

Postępowanie po badaniu:

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.

Po badaniu z użyciem leków przeciwbólowych i nasennych obowiązuje 12-godzinny bezwzględny zakaz prowadzenia pojazdów i obsługiwanie urządzeń mechanicznych, picia alkoholu, podejmowania ważnych życiowo decyzji, podpisywania dokumentów i innych czynności wymagających pełnej sprawności

psychofizycznej. Po badaniu można odczuwać wzdęcia i skurcze powodowane przez powietrze wprowadzone do jelita podczas badania. Uczucie to mija po oddaniu wiatrów. Śladowe krwawienie z odbytu może trwać do kilku dni po badaniu i ustępuje samoistnie. W przypadku, gdy występują objawy takie jak: silny ból brzucha, gorączka, dreszcze lub krwawienie z odbytu w dużej ilości należy skontaktować się z lekarzem.

Informacje o pacjencie:

Dla pełnego bezpieczeństwa przeprowadzenia badania prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem jak i przez zaznaczenie w niniejszym dokumencie, informacji o istotnych chorobach:

1. zaburzenia krzepnięcia krwi, skłonność do krwawień TAK NIE
2. Czy stosowane są leki p/krzepliwe (Sintrom, Acenocumarol, Warfin, Pradaxa, Xarelto) lub p/płytkowe (Acard, Polopiryna, Bestpiryn, Ticlid, Aclotin, Clopidogrel, Plavix, Zyllt, Efient) TAK NIE
(jeżeli tak to jakie?)
3. Czy występuje alergia lub zdarzały się uczulenia na leki TAK NIE
(jeżeli tak to na które?)
4. Czy występują choroby serca, układu krążenia lub układu oddechowego TAK NIE
(jeżeli tak to jakie?).....
5. Czy wszczepiono sztuczne zastawki serca, stymulatory/defibrylatory serca, protezy naczyniowe (prosimy napisać) TAK NIE
6. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę i wymaga przyjmowania insuliny (jeżeli TAK prosimy zgłosić ten fakt przed przygotowaniem do badania) TAK NIE
7. Czy występują jakiegokolwiek inne okoliczności mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego badania (jeżeli tak to jakie?)..... TAK NIE

Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, wskazań do wykonania badania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania oraz spodziewanych wyników badania. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości. Dobrowolnie wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania i inne konieczne podczas badania zabiegi (pobranie wycinków, usunięcie polipów, koagulację APC itp.), jeżeli zaistnieje taka konieczność. Wyrażam również zgodę na zastosowanie ogólnodziałających środków przeciwbólowych, uspokajających oraz rozkurczowych / anestetycznych, jeżeli zaistnieje taka konieczność.

Data Podpis