



CENTRUM ONKOLOGII
im. Prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. dr Izabeli Romanowskiej 2
85-796 Bydgoszcz
Tel.: 52 374 30 00
I część kodu resortowego: 000000002259
ZAKŁAD ENDOSKOPII, tel. 52 374 32 74
VII część kodu resortowego: 095
VIII część kodu resortowego: 7910

ZG-85, edycja 2
strona 1 z 2



Bydgoszcz dnia,

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROCEDURY ENDOSKOPOWE W ZAKRESIE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

Nr historii choroby:

Płeć: **K**

Pacjent: PESEL: Data urodzenia:

Adres: Telefon:

KOD ICD-10: Rozpoznanie:

Przewidywany rodzaj zabiegu: **KOLONOSKOPIA**

Możliwe rozszerzenie zakresu zabiegu: **BIOPSJA / POLIPEKTOMIA***

INFORMACJA O BADANIU ENDOSKOPOWEGO DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO (KOLONOSKOPII) ORAZ ZABIEGACH ENDOSKOPOWYCH (POLIPEKTOMIA, HAMOWANIE KRWAWIEŃ, INNE)

Badanie, które Pani proponujemy wymaga Pani świadomej zgody. Polega na wprowadzeniu przez odbyty giętkiego aparatu, który pozwala na rozpoznanie zmian chorobowych w jelicie grubym. Kolonoskopia najczęściej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub są one niewielkie. W większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego. Badanie wykonuje się po oczyszczeniu jelita. W trakcie badania najczęściej stosowane jest ułożenie lewoboczne z podkurczonymi nogami. Aparat wprowadza się pod kontrolą wzroku przesuwając go przez kolejne odcinki jelita grubego oglądając jego wnętrze. Czas badania jest różny, od kilku minut do pół godziny. W trakcie badania możliwe jest pobieranie wycinków, usuwanie polipów za pomocą drucianych pętli, hamowanie krwawień, niszczenie tkanek zmienionych chorobowo za pomocą argonowej koagulacji plazminowej. **Kolonoskopię wykonuje się coraz częściej u osób bez objawów choroby w celu wczesnego wykrycia raka i polipów jelita grubego.** Ryzyko powikłań kolonoskopii istnieje, ale jest bardzo niewielkie (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego i krwawienie, które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były przypadki odruchowego zatrzymania czynności serca, udaru mózgu, zawału mięśnia sercowego. Ryzyko powikłań w przypadku usuwania polipów jelita grubego jest mniejsze niż 1% a śmiertelność niezwykle rzadka. W przypadku badania w znieczuleniu możliwe są inne rzadkie, trudne do przewidzenia powikłania ogólne. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia prosimy o informację dotyczącą stosowania leków zmniejszających krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol), występowaniu skłonności do krwawień przy drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów lub pojawianiu się sińców po urazach. Należy poinformować lekarza o innych przyjmowanych lekach, uczuleniach, współistniejących schorzeniach, ciąży oraz ewentualnym braku zgody na przetaczanie krwi.

INFORMACJA O BADANIACH ENDOSKOPOWYCH Z MOŻLIWOŚCIĄ PRZEPROWADZENIA ICH W SEDACJI UMIARKOWANEJ /PŁYTKIEJ

Każde z badań endoskopowych może wymagać zastosowania dożylnego podania leków, które zwiększają tolerancję badania. Jest to tak zwana sedacja umiarkowana/płytką, na którą pacjent wyraża pisemną zgodę.

Po badaniu z zastosowaniem wyżej wymienionej sedacji pacjent pozostaje pod ścisłą obserwacją personelu Zakładu Endoskopii w sali wybudzeniowej. O czasie jej opuszczenia decyduje lekarz Zakładu Endoskopii. Pacjent opuszcza salę wyłącznie pod opieką osoby pełnoletniej, otrzymuje opis badania z zaleceniami.

Stwierdzam, że przedstawiłam/em pacjentowi planowane postępowanie oraz poinformowałam o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w jego przebiegu lub w wyniku jego zastosowania.

Podpis lekarza:

* *właściwie podkreślić*



Informacje dotyczące stanu zdrowia

Prosimy o uważne przeczytanie pytań i zaznaczenie właściwej odpowiedzi.

Czy choruje Pani lub chorowała w przeszłości na wymienione poniżej choroby:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> Depresja, nerwica |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność wątroby | <input type="checkbox"/> Cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> Inne choroby psychiczne |
| <input type="checkbox"/> Zawał mięśnia sercowego | <input type="checkbox"/> Uczulenia na leki |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność krążenia | <input type="checkbox"/> Czy jest Pani alergikiem? |
| <input type="checkbox"/> Padaczka | |
| <input type="checkbox"/> Czy stosuje Pani leki zaburzące krzepliwość krwi, jak na przykład (proszę podkreślić): | |
| • Sintrom, Acenocumarol, Warfin, Xarelto, Pradaxa, Syncumar | |
| • Aspiryna, Polocard, Acard, Aspirin | |
| • Clopidogrel, Areplex, Clogrel, Plavix, Zyllt, Egitromb | |

Potwierdzam podpisem zapoznanie się z powyższą informacją oraz wiarygodność informacji dotyczących mojego stanu zdrowia:

Data i podpis pacjentki

OŚWIADCZENIE PACJENTKI

1. Zapoznałam się ze szczegółowym opisem planowanego postępowania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w jego wyniku oraz **zgadzam się na proponowane przeprowadzenie u mnie badania/zabiegu endoskopowego.**
2. *Zgadzam się na zastosowanie u mnie, w razie konieczności, sedacji umiarkowanej/płytkiej.*
3. Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza, jeżeli wymagał by tego mój stan zdrowia.
4. Stwierdzam, że uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o zastosowanie proponowanego postępowania. Zostałam poinformowana o innych metodach diagnostyki i leczenia.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania/zabiegu endoskopowego.

.....
data, godzina

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
podpis pacjentki/przedstawiciela ustawowego

**Nie zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania/zabiegu endoskopowego.
Konsekwencje nie wyrażenia zgody na leczenie:**

Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....
data, godzina

.....
Podpis i pieczęć lekarza

.....
podpis pacjentki/przedstawiciela ustawowego

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu:

.....
data, godzina

.....
Podpis i pieczęć lekarza