



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE PANENDOSKOPII (GASTROSKOPII)

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: _____

ADRES: _____

PESEL: _____

NR HIS. CHOR./Księgi _____

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO BADANIA

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz badań dodatkowych istnieje podejrzenie u Pani/a istnienia choroby w zakresie górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka, dwunastnicy). Panendoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny wymienionych części przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobierania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori* odpowiedzialnej za nawrotowość wrzodów lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodów żołądka, polipa lub innych zmian. Ma to zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Obecnie nie ma innego badania o jednakowych możliwościach diagnostycznych.

2. PRZEPROWADZENIE BADANIA

Pacjent zgłaszający się na badanie musi:

- być na czczo,
- usunąć ewentualne protezy zębowe.

Badanie jest przeprowadzane zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą (lignokainy w aerozolu) zakłada się między szczęki plastikowy ustnik. Następnie lekarz wprowadza do jamy ustnej i gardła fiberoskop o średnicy około 1cm. W trakcie przeprowadzania fiberoskopu przez gardło czasami potrzebne jest wykonanie ruchu połykowego, moment ten może być nieprzyjemny i wywoływać uczucie duszenia i odruchy wymiotne, dlatego też wymagana jest współpraca z lekarzem wykonującym badanie. Instrument służący do badania jest dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie chorego podczas badania jest praktycznie niemożliwe. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut i jest nieco nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne. Pobieranie wycinków również jest całkowicie bezbolesne. Objawy takie jak wrażenie pełności, rozpierania, odbijania i odruchy wymiotne wywoływane są rozciągnięciem ścian żołądka przez fiberoskop i powietrze wpompowane do światła żołądka. Aby ułatwić wykonanie badania i maksymalnie skrócić jego czas należy skupić się na spokojnym, powolnym oddychaniu.

Nie wolno połykać sphywającej do ust i zarzuconej treści żołądkowej ponieważ grozi to zakrztuszeniem, a także nie wykonywać żadnych zbędnych ruchów.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Nie mniej jednak żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanej diagnostyki oraz całkowitego braku ryzyka związanego z badaniem.

Mogą wystąpić powikłania, tj.:

- przedziurawienie przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badań), co wymaga zwykle leczenia operacyjnego,
- krwawienie z przewodu pokarmowego, szczególnie po pobieraniu wycinków

Inne rzadziej występujące powikłania ze strony innych układów i narządów:

- zaostrenie choroby wieńcowej,
- atak astmy lub padaczki,
- zatrzymanie akcji serca.

Opisane powyżej powikłania mogą powodować konieczność pozostania w szpitalu w celu obserwacji, leczenia lub pilnego leczenia operacyjnego.

4. CHOROBA LUB LECZENIE

Proszę zaznaczyć / poinformować personel medyczny o wystąpieniu któregokolwiek z poniższych stanów:

| | Tak | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - zaburzenia krzepności krwi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - zwiększona skłonność do krwawień | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Przyjmują Państwo: | | |
| - leki wpływające na krzepność krwi tj. Acenokumarol lub kwas acetylosalicylowy (np. Aspiryna, Polopiryna, Acard) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła, nie wolno przez 2 godziny jeść ani pić, aby uniknąć zadławienia. Proszę informować lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin po badaniu będziecie Państwo odczuwać silne bóle brzucha, zaobserwujecie czarny stolec. Wystąpienie innych niejasnych dla Państwa objawów także należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby zapytała/ł Pani/Pan nas o wszystko, co chciałaby/chciałby Pan/i wiedzieć więcej w związku z zaplanowanym badaniem.

7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Zapoznałem/am się z informacjami zawartymi w tym formularzu. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Znane mi są możliwe powikłania związane z przeprowadzonym badaniem.

Składając podpis zgadzam się na przeprowadzenie PANENDOSKOPII (GASTROSKOPII)

Data

podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

pieczętka i podpis lekarza kierującego

pieczętka i podpis lekarza wykonującego

Nie zgadzam się na proponowane mi badanie. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data

podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna

pieczętka i podpis lekarza kierującego

Podpisanie formularza przez pacjenta nie jest możliwe z powodu: _____
