


FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA INWAZYJNEGO - KOLONOSKOPIA		PP 6, DO 3
	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI	Z - 18
		Wydanie: 3
		Ważne od: 27.07.2020

Imię ..... Nazwisko ..... Płeć .....  
 PESEL ..... Data urodzenia ..... Wiek ..... Nr.Ks.Gł .....  
 Oddział ..... VII-.....

Wyrażam w sposób świadomy zgodę na przeprowadzenie badania inwazyjnego:

1. **kolonoskopii**
2. **kolonoskopii z usunięciem polipa jelita grubego\*\***

**I.** Oświadczam, że zostałem(am) w sposób wyczerpujący i niebudzący moich wątpliwości poinformowany(a) o:

1. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania

Zostałem/-am poinformowany/-a, o przebiegu kolonoskopii oraz kolonoskopii z usunięciem polipa jelita grubego.

Badanie wykonuje się po wcześniejszym, odpowiednim przygotowaniu jelita za pomocą doustnie podanych środków przeczyszczających oraz wlewk doodbytniczych.

Badanie wykonywane jest przy pomocy giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego.

W trakcie badania możliwe jest odczuwanie dyskomfortu lub bólu związanego z podawaniem powietrza do jelita lub wykonywanymi manewrami. Czynności te wykonywane są celem rozprężenia jelita i umożliwiają oglądanie jego błony śluzowej. Wszystkie objawy występujące w trakcie badania należy zgłaszać lekarzowi. W razie potrzeby pobiera się ze znalezionych w trakcie badania zmian chorobowych kleszczykami wycinki (niewielkie fragmenty błony śluzowej jelita) do oceny histopatologicznej pod mikroskopem.

W przypadku stwierdzenia polipów w świetle jelita usuwa się je. Zabieg jest niebolesny. Również pobranie materiału z innych zmian nie powoduje dolegliwości bólowych. Pobrany materiał przesyła się do oceny mikroskopowej. Informacja dotycząca gdzie i kiedy należy zgłosić się po odbiór ewentualnego wyniku histopatologicznego jest umieszczona na opisie badania.

Instrument służący do kolonoskopii jest dokładnie dezynfekowany przed każdym badaniem, a wszystkie narzędzia służące do pobierania wycinków lub usuwania zmian są jednorazowe lub sterylizowane.

Czas trwania całego badania/zabiegu jest indywidualny i orientacyjnie wynosi 20-60 minut.

Bardzo ważna jest dobra współpraca ze strony pacjenta, co pozwala na sprawne przeprowadzenie badania.

Celem zapewnienia najwyższej jakości i bezpieczeństwa badania - **pacjent powinien zgłosić się w dniu kolonoskopii na czczo (może pić tylko niegazowaną wodę do 4 godzin przed badaniem), po wcześniejszym przygotowaniu płynami oczyszczającymi jelito.** Pacjent powinien mieć przy sobie dokumentację dotyczącą wcześniej wykonanych badań oraz listę przyjmowanych leków. Zwykle przed planowym zabiegiem polipektomii konieczne jest wykonanie badań laboratoryjnych: morfologii krwi, układu krzepnięcia. Czasami przed bardziej inwazyjnymi procedurami lekarz zleca dodatkowe badania, takie jak na przykład oznaczenie grupy krwi. Pacjenci chorujący na choroby przewlekłe, np. nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę, którzy muszą regularnie przyjmować leki, powinni skonsultować się z lekarzem, co do przyjęcia porannej dawki leku. Dodatkowo pacjenci przyjmujący leki przeciwkrzepliwne lub przeciwplatekcyjne powinni również wcześniej skonsultować się z lekarzem, co do przyjmowania tych leków w okresie poprzedzającym, jak i okresie po badaniu lub zabiegu.

Najczęściej po badaniu, o ile lekarz nie zaleci inaczej, można jeść i pić po upływie około 1-3 godzin. Przez 2-3 dni po badaniu zalecane jest stosowanie diety lekkostrawnej.

W przypadku wystąpienia kilka godzin po badaniu silnych bólów brzucha, gorączki, wydalaniu świeżej krwi lub skrzepów albo wystąpieniu innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy skontaktować się z lekarzem.

2. Możliwych i dających się przewidzieć powikłaniach

– perforacja jelita grubego (szczególnie przy występowaniu zrostów jelitowych, uchyłków, podczas usuwania dużych polipów),

– zespół po polipektomii (przemijające bóle brzucha z odczynem otrzewnowym, wynikające z miejscowego zapalenia ściany jelita grubego),

– krwawienie z przewodu pokarmowego.

3. Niektóre powikłania mogą wymagać dodatkowego leczenia chirurgicznego i związanej z tym hospitalizacji i wydłużeniem okresu zdrowienia.



WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI

Z - 18

Wydanie: 3

Ważne od: 27.07.2020

Imię ..... Nazwisko .....

4. Wyjątkowo rzadko może wystąpić zgon pacjenta.
5. Następstwach związanych z nie poddaniem się badaniu  
- brak dokładnej diagnostyki i rozpoczęcia ewentualnego leczenia przyczynowego. Obecnie nie ma innego badania o podobnych możliwościach diagnostyczno-terapeutycznych jak kolonoskopia.
6. Alternatywnych metodach postępowania  
- radiologiczna ocena dolnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem,  
- endoskopia kapsułkowa,  
- operacyjne usunięcie polipa jelita grubego (tzw. polipektomia otwarta).
7. Oczekiwanych korzyściach wynikających z badania:  
- ocena jelita jest znacznie dokładniejsza niż w przypadku badaniu RTG lub endoskopii kapsułkowej. Bardzo istotna jest możliwość skojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopia) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (np. usunięcie polipów w razie wykrycia tego typu zmian), co nie jest możliwe w badaniu RTG lub endoskopii kapsułkowej.

**II.** Oświadczam, że nie zataiłem(am) żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia i przyjmowanych lekach.

**III.** Zobowiązuję się do ścisłego przestrzegania zaleceń przed i po badaniu. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że ich przestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na stan mojego zdrowia.

**IV.** Jeżeli ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego badania prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....  
.....

**V.** Stwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Zapoznałem(am) się i zrozumiałem(am) informacje zawarte w niniejszej zgodzie. Rozumiem ryzyko związane z tym badaniem i zgadzam się na jego wykonanie.

Zrozumiałam/em wszystko, otrzymałam/em odpowiedzi na wszystkie pytania  
i **wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania**

Data i czytelny podpis **pacjenta/ki**.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela  
ustawowego\*.....

Data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji  
o proponowanej metodzie leczenia.....

Zrozumiałam/em wszystko, otrzymałam/em odpowiedzi na wszystkie pytania i **nie wyrażam zgody**  
na przeprowadzenie proponowanego badania

Zostałam/em dokładnie poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach odmowy  
dla mojego zdrowia i życia.

Data i czytelny podpis **pacjenta/ki**.....

Data i czytelny podpis przedstawiciela  
ustawowego\*.....

Data, podpis i pieczęć lekarza udzielającego informacji  
o proponowanej metodzie leczenia.....

\*) w przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia, wymagana jest zgoda pacjenta oraz rodzica/przedstawiciela ustawowego.

\*\*) zaznacz właściwie