


FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA INWAZYJNEGO - GASTROSKOPIA		PP 6, DO 3		
	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI			
			Z - 46	
			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: **gastroskopii**

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

1. Rodzaju i sposobie przeprowadzenia badania

W trakcie badania (po wcześniejszym miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu), pacjent kładzie się na kozetce i leży na lewym boku, z głową przygiętą do klatki piersiowej. Lekarz lub pielęgniarka zakłada plastikowy ustnik (celem ochrony aparatu). Następnie pod kontrolą wzroku lekarz wprowadza giętki instrument optyczno-elektroniczny (gastroskop) przez jamę ustną, gardło, przełyk do żołądka i dwunastnicy. W momencie wprowadzania aparatu do przełyku lekarz prosi o wykonanie ruchu połykowego. Moment ten może być nieprzyjemny i powodować uczucie dławienia. W trakcie badania w/w narządy są oglądane. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego wiąże się z niewielkim dyskomfortem. Pacjent może odczuwać wzdęcie oraz odruchy wymiotne. W przypadku stwierdzenia zmian w badanych narządach pobrane zostają niewielkie wycinki do oceny histopatologicznej pod mikroskopem. W sytuacji uwidocznienia polipów istnieje możliwość usunięcia tych zmian. Informacja dotycząca gdzie i kiedy należy zgłosić się po odbiór ewentualnego wyniku histopatologicznego jest umieszczona na opisie badania.

Instrument służący do badania jest dokładnie dezynfekowany przed każdym badaniem, a wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypczkami.

Czas trwania całego badania jest indywidualny i wynosi 10-15 minut.

Bardzo ważna jest dobra współpraca ze strony pacjenta, co pozwala na sprawne przeprowadzenie badania. Pacjent powinien zgłosić się w dniu gastroskopii na czczo (bez jedzenia i bez picia, bez żucia gumy, palenia papierosów). Pacjent powinien mieć przy sobie dokumentację dotyczącą wcześniej wykonywanych badań oraz listę przyjmowanych leków. 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.

Przed badaniem należy usunąć protezy zębowe, biżuterię i ewentualny makijaż.

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła, **nie wolno przez 30-60 minut po badaniu jeść i pić** (dopóki będzie Pani/Pan odczuwać „mrowienie gardła”), żeby nie doszło do zakrztuszenia się. Istnieje możliwość, że lekarz po badaniu zaleci dłuższy okres wstrzymania się od przyjmowania pokarmów lub płynów.


W przypadku wystąpienia po badaniu silnych bólów brzucha, smolistych stolców, fusowatych wymiotów lub innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy skontaktować się z lekarzem.

2. Możliwych i dających się przewidzieć powikłaniach:

- perforacja gardła, przełyku, żołądka i/lub dwunastnicy
- aspiracja treści żołądkowej do układu oddechowego (z następowym zapaleniem płuc),
- rozdarcie błony śluzowej wpustu przy odruchach wymiotnych,
- krwawienie z przewodu pokarmowego.

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

4. Wyjątkowo rzadko mogą wystąpić objawy ze strony innych układów, takie jak na przykład: zaostrzenie choroby wieńcowej, zaburzenia rytmu serca, atak astmy oskrzelowej, napad padaczkowy lub zgon pacjenta.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA INWAZYJNEGO - GASTROSKOPIA		PP 6, DO 3
	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SPZOZ W NOWEJ SOLI	Z - 46
		Wydanie: 3
		Ważne od: 27.07.2020

Imię Nazwisko

5. Następstwach związanych z nie poddaniem się badaniu:
– brak dokładnej diagnostyki i rozpoczęcia ewentualnego leczenia przyczynowego.
6. Alternatywnych metodach postępowania:
– radiologiczna ocena górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem.
Obecnie nie ma innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych jak gastroskopia.
7. Oczekiwanych korzyściach wynikających z badania:
– Pobranie wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*.
– Uzyskanie materiału do badań histopatologicznych.
– Zastosowanie właściwego leczenia.

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.*