

Imię i nazwisko:.....

data:.....

PESEL: \_ \_ \_ \_ \_

ks główna:.....

### **ŚWIADOMA ZGODA NA GASTROSKOPIĘ**

Proponowany zabieg: gastroskopia/ biopsja/ polipektomia /PEG/.....

Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny górnego odcinka przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków, na przykład w celu wykrycia bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawroty wrzodu, lub też w celu oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa albo innych zmian. Ma to zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych sposobów leczenia. Gastroskopia jest przeprowadzona zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu, wkłada się między zęby plastikowy ustnik chroniący gastroskop przed uszkodzeniem. Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła gastroskop średnicy ok. 1 cm, prosząc czasem pacjenta o przełknięcie. Ten manewr jest nieprzyjemny i może mu towarzyszyć uczucie braku powietrza - nie należy wtedy wpaść w panikę, tylko starać się POWOLI oddychać. Badanie jest nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne i trwa zwykle kilka minut. Również pobieranie wycinków nie jest odczuwane przez badanego. Przed każdym badaniem gastroskop jest dezynfekowany w specjalnym urządzeniu, z tego powodu zakażenie pacjenta w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi kleszczykami co również zabezpiecza przed zakażeniem. Niekiedy, w określonych sytuacjach klinicznych stosuje się środki kontrastowe w celu poprawy dokładności diagnozy (t.zw. chromoendoskopia), co wiąże się z minimalnym ryzykiem reakcji uczuleniowej. Powikłania gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku - w około 0,05% badań). Powikłanie to może również wystąpić po zabiegach endoskopowych, np. po rozszerzeniu zwężenia, lub usunięciu polipa. W celu wykluczenia, lub potwierdzenia tego powikłania wykonuje się badanie radiologiczne, które wiąże się ze stosowaniem promieniowania jonizującego (rentgenowskiego) i nie różni się od typowego zdjęcia rentgenowskiego. Niekiedy może też dojść do krwawienia, szczególnie po pobraniu wycinków, lub usunięciu polipa. Powikłania takie mogą wymagać pilnego leczenia operacyjnego. Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno bezpośrednio po badaniu jeść ani pić, najczęściej przez około 30 minut - o tym, kiedy będzie można zacząć jeść i pić poinformuje Państwa lekarz wykonujący badanie. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo powikłań **prosimy o odpowiedź na następujące pytania (prawidłową odpowiedź zakreślamy kółkiem):**

Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

**TAK - NIE**

Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na pokarmy lub leki? **TAK - NIE**

Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepnięcie krwi (np. Aspiryna, Acard, Polocard, Sintrom, Warfin, Ifapidin, Plavix)? **TAK - NIE**

Czy choruje Pani/Pan na oczy (jaskra)? **TAK - NIE**

**Oświadczam, że**

- zapoznałam/em się ze szczegółowym opisem leczenia endoskopowego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem, oraz potencjalnymi zagrożeniami (krwawienie, perforacja, reakcje uczuleniowe na środki znieczulające) mogącymi wystąpić w wyniku ww leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie endoskopowe

- zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu zabiegu w niezbędnym zakresie jeśli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej

- zgadzam się na wykonanie badania/zabiegu w znieczuleniu anestetycznym

-zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza wykonującego zabieg, lub lekarza anestezjologa, jeśli wymagałby tego mój stan zdrowia

- zostałam/em poinformowany/a o potencjalnej konieczności użycia promieniowania jonizującego podczas wykonywania zabiegu i miałam/em możliwość zadania pytań odnośnie skutków z tym związanych

-zostałam/em poinformowany o potencjalnej konieczności użycia środka kontrastowego w trakcie badania oraz o ewentualnych reakcjach niepożądanych związanych z jego podaniem

- udzieliłam/em lekarzowi prawdziwych i możliwie dokładnych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia

-uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i **zgadzam się na przeprowadzenie proponowanego leczenia endoskopowego**

Uwagi pacjenta:.....

podpis pacjenta:.....

pieczętka i podpis lekarza:.....