

Imię i nazwisko:.....

data:.....

PESEL: _ _ _ _ _

ks główna:.....

ŚWIADOMA ZGODA NA KOLONOSKOPIĘ

Proponowany zabieg: kolonoskopia/biopsja/polipektomia /.....

Kolonoskopia to zabieg endoskopowy pozwalający na dokładną ocenę jelita grubego, oraz pozwalający m.in na pobranie próbek(wycinków) ze zmian chorobowych i usunięcie zmian przedrakowych(polipy). Wykonywana jest po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnych środków przeczyszczających. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia. Dopuszczalne jest picie jedynie płynów niegazowanych, klarownych w dowolnej ilości do godzin popołudniowych w przeddzień badania. W rzadkich przypadkach przygotowanie polega na kilkudniowej głodówce połączonej z wlewkami doodbytniczymi(lewatywami). Do zabiegu wykorzystuje się giętki kolonoskop, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresowo bolesny-ewentualny ból trzeba odróżniać od wzdęcia związanego z podawanym w czasie zabiegu powietrzem do światła jelita i zgłosić lekarzowi, gdyż jego stałe występowanie, lub nasilenie może być wskazaniem do odstąpienia od badania. Aby uniknąć dyskomfortu i bólu możliwe jest wykonanie zabiegu w ogólnym znieczuleniu dożylnym. Kolonoskop jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, co praktycznie uniemożliwia jakakolwiek infekcję. W razie potrzeby pobiera się specjalnymi sterylnymi narzędziami próbki (wycinki) ze zmian chorobowych do oceny histopatologicznej. 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. Zdarza się, że w jakiś czas po badaniu występują zawroty głowy, wymioty czy spadki ciśnienia (objawiające się zasłabnięciami). Dlatego po zakończeniu badania należy pozostać w szpitalu jeszcze przez co najmniej 30 minut. Zaleca się powstrzymanie od jedzenia i picia jeszcze około dwóch godzin po zabiegu, chyba, że lekarz zadecyduje inaczej

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich przedziurawienie przewodu pokarmowego (0,14%-0,18%), krwawienie (0,08%), które czasami wymagają pilnej operacji. Powikłania to mogą również wystąpić po zabiegach endoskopowych, np. po rozszerzeniu zwężenia, lub usunięciu polipa. W celu wykluczenia, lub potwierdzenia perforacji (przedziurawienia) wykonuje się badanie radiologiczne, które wiąże się ze stosowaniem promieniowania jonizującego (rentgenowskiego) i nie różni się od typowego zdjęcia rentgenowskiego. Opisywane były także pojedyncze przypadki zatrzymania akcji serca-śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza. 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:.....