



**INFORMACJA DLA PACJENTA
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY LUB TERAPEUTYCZNY
STWARZAJĄCY PODWYŻSZONE RYZYKO DLA PACJENTA**

BADANIE GASTROSKOPOWE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

NUMER PESEL:

1. OPIS BADANIA

Gastroskopia to endoskopowe badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego, w tym przełyku, żołądka, opuszki i części zstępującej dwunastnicy. Uważana jest za najskuteczniejszą metodę diagnostyczną górnego odcinka przewodu pokarmowego, pozwala na pobranie wycinków z błony śluzowej w celu oceny histopatologicznej badanych zmian. Badanie polega na wprowadzeniu do przewodu pokarmowego giętkiego wziernika zakończonego kamerą (gastroskop).

W trakcie gastroskopii można także ocenić obecność bakterii *Helicobacter pylori* w przewodzie pokarmowym, a także wykonać wiele zabiegów terapeutycznych, takich jak, usuwanie polipów czy tamowanie krwawienia. Badanie nie należy do przyjemnych, ale nie jest bolesne.

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

Do badania należy się zgłosić na czczo – nie wolno jeść i pić przynajmniej 6 godzin przed badaniem. W dniu badania nie wolno również palić papierosów, żuć gumy. Przed badaniem należy wyjąć protezy zębowe z jamy ustnej.

PROSZĘ KONIECZNIE POINFORMOWAĆ LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE O ZAŻYWANYCH LEKACH, W SZCZEGÓLNOŚCI O LEKACH ZMNIEJSZAJĄCYCH KRZEPILNOŚĆ KRWI (np. aspiryna, Acard, Polocard, Acenolumarol, Sintrom, Warfin, haparyna w ampułkostrzykawkach).

3. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

Badanie gastroskopowe jest badaniem górnego odcinka przewodu pokarmowego za pomocą giętkiego wziernika zakończonego kamerą (gastroskop). Badanie odbywa się z reguły w pozycji leżącej na lewym boku. Badanie praktycznie niebolesne, ale wiąże się z innymi nieprzyjemnymi odczuciami i wrażeniami (w tym z subiektywnym uczuciem dławienia oraz towarzyszącym przez cały okres badania uczuciem obcego ciała w gardle). W celu zminimalizowania nieprzyjemnych odczuć gardło przed badaniem znieczula się miejscowo.

Badanie jest udokumentowane odpowiednimi zdjęciami. Zaobserwowanie zmian patologicznych może wiązać się z koniecznością pobrania drobnych fragmentów ściany przewodu pokarmowego do badania pod mikroskopem – ocena histopatologiczna wycinków. Pobranie wycinków odbywa się za pomocą specjalnych kleszczy. Ocena obecności *Helicobacter pylori* za pomocą testu ureazowego wymaga również pobrania wycinków, niekiedy przy nieobecności innych zmian patologicznych. Pobieranie wycinków do badania histopatologicznego jest bezbolesne.

Niekiedy badanie gastroskopowe wykonuje się w celach nie tylko diagnostycznych, ale również leczniczych np. endoskopowe tamowanie krwawień, usuwanie polipów (polipektomia).

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Powodzenie oraz bezpieczeństwo badania nie może być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Zachowanie odpowiednich procedur oraz doświadczenie i merytoryczne przygotowanie minimalizują ryzyko wystąpienia powikłań. Powikłania badania gastroskopowego zdarzają się niezwykle rzadko i są nieco wyższe w przypadku badań wykonywanych ze wskazań leczniczych.

Do najpoważniejszych powikłań należą perforacja (przedziurawienie) przewodu pokarmowego i krwawienie. W przypadku krwawienia istnieje możliwość jego zatamowania podczas tego samego badania gastroskopowego. W innych przypadkach oraz przy niepowodzeniu endoskopowego zatamowania krwawienia istnieje niekiedy konieczność natychmiastowej operacji. Śmiertelność jest niezwykle rzadka. Wyjątkowo rzadko dochodzi do zaostrzenia innych chorób niezwiązanych z przewodem pokarmowym (np. choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze, astma oskrzelowa, padaczka).

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć do minimum ryzyko związane z podaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, po niewielkich urazach mechanicznych? TAK NIE
2. Czy podobne objawy występowały u członków Pani/Pana rodziny? TAK NIE
3. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczuleniowe na jakiegokolwiek środki lecznicze? TAK NIE
4. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? TAK NIE

5. POSTĘPOWANIE PO BADANIU

- wystąpienie po badaniu jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić personelowi medycznemu
- w przypadku miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez **2 godziny** po badaniu spożywać gorących płynów i pokarmów
- przy odbieraniu wyniku należy mieć przy sobie dowód osobisty i znać datę wykonania badania
- jeżeli pacjent nie odbiera wyniku osobiście upoważnia osobę na specjalnym druku (druki znajdują się w pracowni). Osoba zgłasza się z dowodem osobistym, upoważnieniem i ze znaną datą badania.
- po odebraniu wyniku his-pat. zawsze należy zgłosić się z wynikiem do lekarza zlecającego badanie

**Jeżeli powyższe informacje są dla Pani/Pana niezrozumiałe
lub coś budzi Pani/Pana wątpliwości – proszę pytać.**

Chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTA co do proponowanego badania gastroscopowego

6. OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i niebudzący żadnych wątpliwości. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania, co do informacji na temat dających się przewidzieć następstw zastosowania wspomnianego wyżej badania albo ewentualnych skutków jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znałe mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami) **WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ** na przeprowadzenie u mnie badania gastroscopowego oraz ewentualną modyfikację badania w niezbędnym zakresie, jeżeli sytuacja tego wymaga, w szczególności na pobranie wycinków do badania histopatologicznego

.....
data/godzina

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna*

NIE ZGADZAM SIĘ na proponowane mi badanie gastroscopowe

Zostałam/em w pełni poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia

.....
data/godzina

.....
pieczętka i podpis lekarza

.....
podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna*

UWAGA:

* W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.

Centrala: 18 33 01 700
Sekretariat: 18 33 01 780
Fax: 18 33 72 778

NIP: 737-17-41-935
REGON: 000304378
Konto: BS w Limanowej
07 8804 0000 0000 0013 9494 0001



PRACOWNIA
BAKTERIOLOGICZNA