



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

BADANIE KOLONOSKOPOWE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

NUMER PESEL:

1. OPIS BADANIA

Kolonoskopia to podstawowe badanie służące do rozpoznawania chorób jelita grubego oraz końcowego odcinka jelita cienkiego. Polega ono na wprowadzeniu przez odbył specjalnego giętkiego wziernika zakończonego kamerą. Podczas kolonoskopii możliwe też jest pobranie wycinków z błony śluzowej jelita grubego oraz wykonywanie drobnych zabiegów np. usuwanie polipów.

2. PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

- **7 dni** przed badaniem nie przyjmować preparatów zawierających żelazo
- **5 dni** przed badaniem przestać jeść owoce i warzywa zawierające pestki (np. winogrona, maliny, kiwi, pomidory, ogórki) oraz pieczywa z ziarnami (np. mak, sezam, siemię lniane). Nie jeść kapusty.
- **3 dni** przed badaniem stosować dietę lekkostrawną
- **dzień** przed badaniem nie jeść – pić dużo klarownych płynów
 - około godziny **16:00** rozpuścić 1 saszetkę preparatu CitraFleet w 150 ml chłodnej wody, mieszać około 2 min i wypić bezpośrednio po przygotowaniu. Odczekać 10-30 min. Następnie wypić minimum **2 litry** wody.
 - 4 godziny przed badaniem rozpuścić saszetkę leku CitrFleet w 150 ml chłodnej wody, mieszać około 2 min i wypić bezpośrednio po przygotowaniu. Odczekać 10-30 min. Następnie wypić minimum **2 litry** wody.

Zakończyć picie 2 godziny przed badaniem.

Pacjent przychodzi z osobą towarzyszącą – kierowcą.

3. PRZEBIEG BADANIA

Badanie odbywa się z reguły w pozycji leżącej na lewym boku chociaż niekiedy konieczna jest zmiana pozycji ciała. Badanie może wiązać się z odczuciem bólu, które powinno być przez Panią/Pana odróżnione od nieprzyjemnego wrażenia pociągania w jamie brzusznej. Nieprzyjemne odczucia i wrażenia są spowodowane naciskiem endoskopu na ścianę jelita grubego oraz gromadzeniem się w jelicie wdmuchiwanego podczas badania powietrza. W czasie badania pacjent nie powinien wstrzymywać gazów. Celem zmniejszenia odczucia bólu istnieje możliwość podania leków uspokajających oraz przeciwbólowych. Niekiedy odczucie bólu i jego nasilenie uniemożliwia przeprowadzenie badania, co jednak zdarza się rzadko.

Pobranie wycinków ma na celu diagnozowanie różnych chorób jelita grubego, a nie tylko choroby nowotworowej.

Pobranie wycinków odbywa się za pomocą specjalnych kleszczy. Badanie wiąże się również z koniecznością usunięcia napotkanych podczas badania polipów (polipektomia), które zgodnie z aktualną wiedzą medyczna mogą w przyszłości dać początek rakowi jelita grubego. Polipy mogą mieć wielkość od kilku milimetrów do nawet kilku centymetrów.

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 kolonoskopowego zdarzają się niezwykle rzadko i są nieco wyższe w przypadku badań wykonywanych ze wskazań leczniczych (usuwanie polipów).

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

W przypadku niewystarczającego przygotowania do badania istnieje zwiększone ryzyko przeoczenia zmian polipowatych, co w przyszłości może skutkować rozwojem raka jelita grubego.

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 lekarzowi.
- należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem, jeżeli po badaniu odczuwa Pani/Pan silne bóle brzucha, występuje gorączka lub krwawienie z odbytu. Wymienione objawy mogą pojawić się nawet kilka dni po badaniu.
- w przypadku wystąpienia krwawienia z odbytu natychmiast zgłosić się na SOR (mieć przy sobie wynik z kolonoskopii)
- posiłki można spożywać zaraz po badaniu (dieta lekkostrawna)
- 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

W przypadku podania podczas badania leków należy zapytać lekarza o ich wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów.

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 kolonoskopowego

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. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Bez zastrzeżeń (lub z powyższymi zastrzeżeniami)

WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ

na przeprowadzenie u mnie badania kolonoskopowego 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 kolonoskopowe

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