

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA KOLONOSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko).....

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kolonoskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbytnicę do odbytnicy, a następnie do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze znalezionych tam zmian. W wypadku stwierdzenia krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów należy je usunąć za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie badania istnieje możliwość podania drogą dożylną środków przeciwbólowych i/lub uspokajających.

W trakcie kolonoskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- perforacja jelita
- zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej (np. po usunięciu polipów)
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo naczyniowego oraz oddechowego
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawanym każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi drobnoustrojami
- część z ww. powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz intensywnej resuscytacji krążeniowo- oddechowej
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne (od wysypki skórnej, swędzenia, po wstrząs anafilaktyczny)
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem.

Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania (zakreśl właściwą odpowiedź):

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów?

TAK NIE

2. Czy zaobserwował/a Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania siniaków” na skórze?

TAK NIE

3. Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę?

TAK NIE

4. Czy ma Pani/Pan wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę?

TAK NIE

5. Czy jest Pani w ciąży?

TAK NIE

6. Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?

TAK NIE

7. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepkość krwi (np. aspiryna, acenocumarol)

TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie?

8. Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)?

TAK NIE

Jeżeli tak, to jakiej?

9. Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y?

TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać z jakiego powodu.....

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

Zachowanie po zabiegu:

- Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy, nie mogą Państwo w ciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, należy wrócić do domu z opiekunem.
- Jeżeli po badaniu stwierdzą Państwo silne bóle brzucha, gorączkę, zauważą krwawienie z odbytu prosimy zgłosić się do lekarza.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań, po uzyskaniu odpowiedzi na zadane lekarzowi pytania, wyrażam zgodę na kolonoskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z jelita grubego do badania mikroskopowego(histopatologicznego), a także na endoskopowe usunięcie polipów jeśli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie. Wyrażam także zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków przeciwbólowych oraz uspokajających.

Wyrażam również zgodę na wgląd w obrazy kolonoskopowe lekarzom szkolącym się w wykonywaniu tego zabiegu (**opcjonalnie**) - **w razie potrzeby - wykreślić.**

Miejscowość.....

Data i godzina.....

.....
podpis pacjenta(ki)

.....
podpis lekarza