

**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „PRZYCHODNIA,
CLINIKA ” W KOSZALINIE, UL. OKULICKIEGO 24A**

PRACOWNIA ENDOSKOPOWA

FORMULARZ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

Badanie, które Panu/Pani proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Dlaczego proponujemy to badanie?

Na podstawie wykonywanych dotychczas badań i wywiadów lekarskich podejrzewamy u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego – przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą badania w.w. Odcinków przewodu pokarmowego, dokładniejszą niż badanie radiologiczne. W znacznym też stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania endoskopowego z ewentualnym, równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (jakim jest np. usunięcie polipów) oraz pobranie wycinków np. do badania histopatologicznego i/lub dla oceny bakterii *Helicobacter pylori*. Nie ma obecnie innego badania o jednakowych możliwościach diagnostycznych.

Przebieg badania

Badanie wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku, po uprzednim znieczuleniu ściany gardła roztworem lidokainy, wyjęciu protez zębowych i założeniu ustnika, chroniącego zarówno zęby jak i instrument. Przez ustnik wprowadza się giętki wziernik (gastroskop), który następnie przesuwają się przez jamę ustną, po ścianie gardła do przełyku, żołądka i dwunastnicy. Wprowadzenie i wyprowadzenie aparatu należą do najbardziej nieprzyjemnych fragmentów badania. Moment wprowadzenia aparatu może wiązać się z przemijającym uczuciem duszenia lub krztuszenia się, które można w znacznej mierze złagodzić poprzez wcześniejsze znieczulenie ściany gardła oraz koordynację ruchów oddechowych (nadzorowana przez lekarza). Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zazwyczaj kilka minut, może być dłuższe w przypadku stwierdzenia zmian, wymagających wykonania zabiegów – pobrania wycinków, tamowania krwawienia oraz ewentualnej rejestracji przebiegu badania. Pobieranie wycinków i ewentualne, inne zabiegi endoskopii są bezbolesne podobnie jak sama gastroskopia. W trakcie badania można doświadczać uczucia rozpięcia, odbijania, może wystąpić odruch wymiotny – te objawy także można kontrolować, skupiając się na fazie oddechu. Instrument służący do gastroskopii jest każdorazowo dezynfekowany, dlatego uważa się, że zainfekowanie w trakcie gastroskopii jest praktycznie niemożliwe. Do pobrania wycinków służą sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

Możliwe powikłania.

Powikłania gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednak powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Wyjątkowo zdarza się przedziurawienie (perforacja) ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku 0,55% badań). Niekiedy, zwłaszcza po pobraniu wycinków może dojść do wystąpienia krwawienia, które w zdecydowanej większości przypadków w krótkim czasie zatrzymuje się samoistnie. Powikłania takie zwykle wymagają pilnych, dodatkowych zabiegów endoskopowych lub leczenia operacyjnego.

Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, jak ból wieńcowy, zaburzenia rytmu serca, skurcz oskrzeli. Opisywano pojedyncze przypadki zatrzymania czynności serca w trakcie lub po gastroskopii.

Aby ograniczyć do minimum ryzyko krwawienia i perforacji ściany przewodu pokarmowego prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zęba bądź po powstaniu sińców po niewielkich urazach mechanicznych | TAK | NIE |
| 2. Czy takie objawy występowały wśród członków Pani/Pana rodziny? | TAK | NIE |
| 3. Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi (no. Aspiryna, dikumarol, itp.)? | TAK | NIE |
| 4. Czy ma Pan/Pani dodatkowe pytania związane z proponowanym badaniem? | TAK | NIE |

Oświadczenie pacjenta

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania, jak również na ewentualne konieczne w tym wypadku dodatkowe zabiegi (np. pobranie wycinków). Uzyskałem/uzyskałam wystarczające informacje dotyczące proponowanego badania.

Data badania

Imię i nazwisko badanego

Podpis

AB 8 Sp. z o.o. ul. Okulickiego 24a, 75-443 Koszalin
NZOZ Przychodnia Clinika, 75-443 Koszalin 24a tel./fax 94/340 70 83
e-mail: biuro.clinika@wp.pl
NIP 947-194-86-54
REGON 100424754

ZGODA PACJENTA NA ZASTOSOWANIE LEKU O MIEJSCOWYM DZIAŁANIU DO GASTROSKOPII / REKTOSKOPII

Znieczulenie miejscowe ma zapewnić całkowitą bezbolesność w miejscu działania.

W endoskopii stosuje się miejscowe znieczulenie powierzchniowe błony śluzowej, które polega na zastosowaniu leków w postaci aerozolu lub żelu stosowanego na śluzówki w miejscu wykonywania badania. Przykładem może być spryskanie gardła środkiem znieczulającym wprowadzanego aparatu – kolonoskopu, gastrokopu, sigmoidoskopu czy rektoskopu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na miejscowe znieczulenie do gastrokopii/ rektoskopii.

.....
DATA I PODPIS PACJENTA

**W DNIU BADANIA PROSZĘ ZGŁOSIĆ SIĘ
Z WYPEŁNIONĄ ZGODĄ NA BADANIE**