

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z INFORMACJĄ O BADANIU I ZABIEGU ENDOSKOPOWYM – KOLONOSKOPIA

Pełna informacja dotycząca badania dostępna jest na stronie internetowej www.allmedica.pl oraz w rejestracji.

Wskazania do kolonoskopii/polipektomii:

Kolonoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą ocenić jelito grube. Celem badania i jego korzyścią jest diagnostyka (rozpoznawanie) oraz nadzór w chorobach jelit (dotyczy to: zmian zapalnych, uchyłków, polipów, procesu nowotworowego). Wskazania do kolonoskopii obejmują także: bóle brzucha, wzdęcia, biegunki, zaparcia, zmianę rytmu wypróżnień, obecność krwi w stolcu, anemię, podejrzenie chorób zapalnych jelit, choroby jelita grubego, w tym nowotworu, kontrola wyników leczenia zachowawczego i zabiegowego, badania kontrolne u chorych leczonych oraz inne uznane za istotne przez lekarza kierującego. Kolonoskopię powinien mieć wykonaną każdy po skończeniu 50 roku życia – celem poszukiwania raka lub stanów przedrakowych jelita grubego. Polipektomia to usuwanie polipów jelita grubego. Wskazania do polipektomii obejmują usuwanie polipów jelita grubego.

Opis przebiegu badania:

Badanie jest wykonywane w pozycji leżącej, polega na wprowadzeniu przez odbyt giętkiego wziernika (kolonoskopu), a następnie wprowadzenie go do dalszych odcinków jelita grubego. Dzięki kamerze umieszczonej na końcu kolonoskopu obraz z wnętrza jelita przekazywany jest na ekran monitora.

Badanie może być połączone z uczuciem wzdęcia, parcia i bólu wynikającym z wprowadzenia gazu do światła jelita oraz napinania się jelita – zależy od indywidualnej wrażliwości na bodźce bólowe. Są to dolegliwości z reguły przemijające. Wystąpienie bólu należy zgłosić lekarzowi przeprowadzającemu badanie. Jego utrzymywanie się pomimo wykonania przez lekarza manewrów zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do odstąpienia od kontynuowania badania. Badanie pozwala na ocenę błony śluzowej jelita - można pobrać wycinki błony śluzowej do badania histopatologicznego za pomocą kleszczyków lub usunąć drobne polipy przy pomocy kleszczyków lub pętli koagulacyjnej (polipektomia).

Endoskopowe usuwanie polipów jest zwykle niebolesne.

Możliwe powikłania, objawy i ryzyko związane z kolonoskopią/polipektomią:

Kolonoskopia jest badaniem inwazyjnym, w związku z tym obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań, polipektomia dodatkowo zwiększa takie ryzyko:

- bardzo często obserwuje się wzdęcia, uczucie pełności w brzuchu, bolesność podczas i po badaniu,
- rzadziej zdarzyć się może mechaniczne uszkodzenie śluzówki, uczulenie/reakcja nadwrażliwości na podawane leki - częstość występowania poniżej 1%,

- krwawienie - częstość wstępowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, do 6% po zabiegach endoskopowych - w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego, ale w pewnych sytuacjach może takiego wymagać (wówczas pacjent musi zostać przewieziony do szpitala). Rzadko krwawienie może pojawić się po kilku dniach (nawet do 10 dni) po wykonanej polipektomii,
- perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania ok. 0,1 % w badaniach diagnostycznych, do 0,3% po zabiegach endoskopowych, w tym polipektomii - perforacja zwykle wymaga leczenia operacyjnego w warunkach szpitalnych,
- powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego, niedokrwienie mięśnia sercowego, zasłabnięcie, omdlenie - związane z pobudzeniami zakończeń nerwowych znajdujących się w ścianie jelita, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie krążenia, napad padaczkowy, duszność, niedotlenienie – częstość poniżej 1 %, zgon – 0,006%,
- istnieje niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia, choć endoskopy są starannie i zgodnie z procedurami dezynfekowane,
- podczas badań w znieczuleniu dożylnym istnieje nieco większe ryzyko wystąpienia powikłań: spowolnieni a oddychania, zaburzeń oddechowych, spadków ciśnienia krwi i zaburzeń krążenia, powikłań sercowo-naczyniowych, czy też z objawami uczulenia na leki znieczulające lub ich złej tolerancji,
- wykonywanie polipektomii wiąże się także z większym ryzykiem perforacji i krwawienia. W razie wystąpienia powikłań mogą zostać podjęte działania mające na celu leczenie, na przykład w przypadku krwawienia mogą zostać użyte sposoby tamowania krwawienia z założeniem klipsów hemostatycznych, podaniem leków do ściany przewodu pokarmowego lub płynów dożylnych, tlenoterapii, w razie konieczności zabiegi reanimacyjne lub przewiezienie pacjenta do szpitala.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją o badaniu, w tym z pełną treścią informacji zamieszczonej na stronie internetowej www.allmedica.pl

.....
Data,

.....
czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE LUB ZABIEG ENDOSKOPOWY - Kolonoskopia

Imię i nazwisko:

PESEL:

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pisemnymi informacjami o kolonoskopii / polipektomii, zawierającymi między innymi opis badania/zabiegu endoskopowego oraz powikłania jakie w związku z nim mogą wystąpić. Informacje te zrozumiałem/am. Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i wskazaniami oraz potencjalnymi zagrożeniami, w tym powikłaniami i niedogodnościami oraz następstwami związanymi z proponowanym postępowaniem (m. in. Wzdęcie i ból brzucha, uczucie pełności w brzuchu, mechaniczne uszkodzenie śluzówki, krwawienie, perforacja przewodu pokarmowego, reakcje uczuleniowe na podane środki, w tym znieczulające, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, niedotlenienie, duszność, zachłyśnięcie, zasłabnięcie, omdlenie, zapaść, napad padaczkowy, zatrzymanie krążenia, zgon, zakażenie, uszkodzenie skóry), które mogą wystąpić podczas i po badaniu i zgadzam się na proponowane badanie i leczenie endoskopowe. W dniu dzisiejszym przeprowadzono ze mną rozmowę, podczas której poinformowano mnie wyczerpująco o planowanym wobec mnie badaniu kolonoskopii/polipektomii i ewentualnym leczeniu endoskopowym. Miałem/am możliwość zadania pytań i udzielono mi odpowiedzi na nie. Poinformowano mnie dostatecznie o możliwościach ewentualnego wyboru alternatywnego świadczenia zdrowotnego. Wyjaśniono mi również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane badanie. Poinformowano mnie również o możliwości zaistnienia powodów medycznych jak i technicznych wynikających ze stwierdzonego w trakcie badania stanu zaawansowania procesu chorobowego lub anatomii, które mogą zmusić lekarza badającego do jego przerwania lub zmiany postępowania, jak również odstąpienia od jego wykonywania. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie postępowania, w tym wykonanie zabiegu endoskopowego oraz podanie podczas badania niezbędnych środków leczniczych, jeśli sytuacja by tego wymagała, a także na użycie podczas badania barwników do lepszego obrazowania błony śluzowej. Zgadzam się na ewentualne przeniesienie mnie do szpitala na oddział leczenia stacjonarnego w razie zaistnienia takiej potrzeby lub powikłań, zgodnie z decyzją lekarza badającego lub anestezjologa.

Udzieliłem/am lekarzowi prawdziwych i najdokładniejszych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia. Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania, informacje te i wyjaśnienia zrozumiałem/am i świadomie przyjmuję do wiadomości.

Ewentualne uwagi pacjenta:

.....
.....

Wyrażam świadomie zgodę na kolonoskopię / polipektomię, przyjmuję ryzyka związane z badaniem i proszę o przeprowadzenie badania/zabiegu endoskopowego.

.....
Data,

.....
czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIE LEKARZA ENDOSKOPISTY:

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób badania/ leczenia endoskopowego, jak również alternatywne możliwości leczenia oraz poinformowałem pacjenta o możliwych powikłaniach i zagrożeniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu.

.....
Data,

.....
pieczętka i podpis lekarza endoskopisty

INFORMACJA DLA PACJENTÓW DOTYCZĄCA ZNIECZULENIA

Przeprowadzenie badania w znieczuleniu/ analgosedacji ma zapewnić maksymalny komfort, a przede wszystkim bezbolesność przeprowadzanych czynności medycznych w trakcie zabiegu oraz w okresie bezpośrednio po nim następującym. Jak każda inna procedura medyczna jest ona obarczone pewnym ryzykiem (niezależnym od zabiegu zmniejszyć możliwe ryzyko i zapewnić Państwu bezpieczeństwo prosimy o:

- 1) uważne zapoznanie się z poniższą informacją,
- 2) rzetelne wypełnienie ankiety dotyczącej Państwa stanu zdrowia i podpisanie formularza zgody na znieczulenie w obecności anestezjologa (będą one stanowić integralną część państwa dokumentacji medycznej zgodnie z Rozp. Min. Zdrowia z dn. 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [Dz.U. 2010, nr 252, poz. 1697/]),
- 3) wrazie jakichkolwiek wątpliwości zgłoszenie ich lekarzowi w trakcie konsultacji przed zabiegiem,
- 4) ściśle przestrzeganie zaleceń dotyczących zarówno okresu przed- jak i pooperacyjnego, w tym szczególnie: okresu głodzenia, zażywania leków i wykonania badań dodatkowych, które zostały zlecone,
- 5) udostępnienie do wglądu w czasie konsultacji dotychczasowej dokumentacji medycznej,
- 6) zapewnienie sobie pomocy osoby pełnoletniej zarówno na czas powrotu do domu po zabiegu, jak i przez pierwszą dobę spędzoną w domu.

W czasie konsultacji anestezjologicznej będziecie mieli Państwo możliwość przedstawienia wszystkich wątpliwości, spostrzeżeń oraz dotychczasowych problemów zdrowotnych. Jednocześnie lekarz dokona oceny Państwa stanu zdrowia i ostatecznej kwalifikacji do znieczulenia oraz wyboru jego rodzaju.

W dniu zabiegu zostanie założone wkłucie do żyły obwodowej (najczęściej na dłoni lub przedramieniu), podana wstępna dawka leku wprowadzającego do znieczulenia (tzw. premedykacja) oraz podłączona kroplówka. Dalszy przebieg znieczulenia będzie zależał od jego rodzaju. Niezależnie od wybranej metody, przez cały czas zabiegu nad Państwa bezpieczeństwem będzie czuwał lekarz anestezjolog, śledząc czynność najważniejszych dla życia układów, w razie potrzeby podejmując stosowne interwencje oraz dokumentując jego przebieg. Bezpośrednio po zakończeniu znieczulenia będziecie Państwo proszeni o pozostanie w bezpośrednim otoczeniu sali operacyjnej (tzw. sali wybudzeń) do czasu pełnego powrotu świadomości, ustabilizowania się funkcji życiowych, ustąpienia ew. działań ubocznych zastosowanych leków oraz ustalenia dalszego sposobu postępowania (w tym leczenia bólu).

ZNIECZULENIE OGÓLNE (anestezja) jest stanem kontrolowanego zniesienia świadomości, odczuwania bólu i ewentualnego wyłączenia odruchów. Wymienione efekty uzyskuje się przez podanie dożylnie silnie działających leków. Zwykle konieczne staje się wspomaganie oddychania albo przez maskę aparatu do znieczulenia albo przez założoną (już po rozpoczęciu znieczulenia) rurkę dotchawiczą. Po zakończeniu zabiegu

i zaprzestaniu podawania leków podtrzymujących znieczulenie (ew. podaniu dodatkowych leków odwracających ich działanie) następuje okres wybudzania. W momencie, gdy Pacjent jest już przytomny (a układ krążenia i oddechowy wydolny i ich funkcjonowanie stabilne) zostaje przeniesiony do sali wybudzeń.

Niezależnie od przyjętego sposobu postępowania każda działalność medyczna jest związana z pewnym ryzykiem POWIKŁAN. Do najczęściej spotykanych należą: reakcja alergiczna na podane leki, zaburzenia funkcji układu oddechowego lub układu krążenia. Mogą one wystąpić mimo zachowania należytej staranności i postępowania zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej wskutek np. nadwrażliwości na leki bądź innych nieprzewidywalnych okoliczności. Jednak na stopień ryzyka w istotny sposób wpływa wiek, stan ogólny, schorzenia przewlekłe i ich dotychczasowe leczenie, alergie, palenie tytoniu. Ze swojej strony zapewniamy, że wszystkie stosowane przez nas metody znieczulenia i techniki wykonywania zabiegów są uznawane za bezpieczne i możliwe do zastosowania w praktyce ambulatoryjnej, natomiast Państwa prosimy o zgodne ze stanem faktycznym i dokładne wypełnienie poniższej ankiety.

Prosimy o **DOSTOSOWANIE SIĘ DO NASTĘPUJĄCYCH ZALECEŃ** dotyczących okresu przed- i pooperacyjnego:

- 1) bezwzględne powstrzymanie się od jedzenia przez 6 godzin i picia czystych płynów (woda, herbata) przez 4 godziny przed zabiegiem; jeżeli zabieg zaplanowany jest po godz. 13⁰⁰, możliwe jest spożycie lekkiego śniadania (ale najlepiej nie spożywać posiłków w tym dniu) i wypicie szklanki (250ml) czystej wody lub herbaty przed godz. 7⁰⁰,
- 2) jeżeli w czasie konsultacji lekarz nie zaleci inaczej, większość leków zażywanych regularnie należy przyjąć rano (godz. 6⁰⁰- 7⁰⁰) w dniu zabiegu w zwykłej dawce (dopuszczamy popicie łykiem czystej wody),
- 3) przed zabiegiem należy usunąć wszystkie ruchome elementy uzębienia (protezy), gumy do żucia, cukierki itp., soczewki kontaktowe, biżuterię oraz zmyć lakier z paznokci i makijaż,
- 4) zaniechanie: picia alkoholu przez 24 godziny przed znieczuleniem oraz palenia tytoniu,
- 5) w przypadku wystąpienia jakichkolwiek objawów niepożądanych (najczęściej ból w miejscu operacji, ból/drapanie w gardle, bóle mięśni, nudności/wymioty) prosimy o nich informować. Mimo, że są najczęściej krótkotrwałe i z tendencją do ustępowania, podanie odpowiednich leków może je złagodzić,
- 6) powrót do domu będzie możliwy jedynie własnym środkiem transportu, pod opieką osoby towarzyszącej i po spełnieniu następujących warunków:
 - powrót świadomości umożliwiający samodzielne funkcjonowanie,
 - pełna wydolność ważnych dla życia układów,
 - nasilenie bólu możliwe do opanowania przy użyciu powszechnie dostępnych leków,
 - zapewnienie opieki osoby dorosłej przez najbliższą dobę,

- 7) przez 24 godziny po znieczuleniu nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych ani obsługiwać innych, potencjalnie niebezpiecznych urządzeń, których obsługa wymaga sprawności psychofizycznej. W tym okresie nie należy również podejmować ważnych decyzji.

PIŚMIENNICTWO:

- <http://www.znieczulenie.org.pl/>
- Rozp. Min. Zdrowia z dn. 21.12.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [Dii]. 2010, nr 252, poz 1697]
- Rozp. Min. Zdrowia z dn. 20.12.2012r. w sprawie standardów w anestezjologii i intensywnej terapii [Dz.U. 2013, nr 5, poz. 15]

ANKIETA PRZED BADANIEM I ZABIEGIEM ENDOSKOPOWYM

Proszę o wypełnienie ankiety dotyczącej stanu zdrowia, uczuleń i przyjmowanych leków – proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź, a w wybranych miejscach wpisać odpowiednie dane:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Czy przechodził Pan/Pani zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej? – TAK/NIE
- jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

Czy ma Pan/Pani uczulenia na leki lub inne substancje, w tym środki kontrastowe – TAK/ NIE
- jeżeli tak, proszę wymienić na jakie:

Czy dotychczas występowała zła tolerancja znieczulenia, uczulenie/alergia na podane leki, lub zła tolerancja badań wcześniej wykonywanych albo powikłania podczas zabiegów? – TAK/NIE
- jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

Czy były stwierdzane hemoroidy, guzki krwawnicze odbytu lub szczeliny odbytu lub przetoki okołodbytowe? – TAK/NIE

Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, np. po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów? – TAK/NIE

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe („rozzedzaj ące krew”), – TAK/NIE
- jeżeli tak, proszę wymienić które: Acard, Polocard, Acenokumarol, Sintrom, Warfin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Plavix, Agregex, Areplex, Clopidogrel, Clopidix, Carder, Trombex, Zyllt, Vixam, Plavicornin, Pegorel, Grepid, Effient, Brilinta, Brilique, Ticlid, Aclotin, Apo-Clodin, Iclopid, Ifapidin, inne (proszę wpisać nazwę)

.....

Proszę wymienić przyjmowane pozostałe leki:

.....

(Prosimy zabrać na badanie stosowane leki specjalistyczne).

Czy ma Pan/Pani stwierdzone zakażenie wirusami wirusowego zapalenia wątroby typu B, C (tzw.

żółtaczkę zakaźną) HIV, inne zakażenia? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić które:

Czy ma Pan/Pani stwierdzoną chorobę układu oddechowego, np. astmę, POChP, inną? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wpisać jaką:

Czy ma Pan/Pani stwierdzoną chorobę serca lub układu krążenia (sercowo-naczyniowego), np.

nadciśnienie tętnicze, przebyty zawał serca, migotanie przedsionków, przebyty udar mózgu, żylaki kończyn dolnych? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jaką:

Czy ma Pan/Pani stwierdzone jakiegokolwiek choroby układu nerwowego, np. padaczka, przebyty udar mózgu? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jaką:

Czy ma Pan/Pani cukrzycę lub jaskrę – TAK/NIE – jeżeli tak, proszę zaznaczyć którą.

Czy występują choroby nerek, niewydolność nerek lub trudności z oddawaniem moczu? – TAK/NIE – jeżeli tak, proszę wymienić jaką:

Czy ma Pan/Pani jakieś metalowe elementy w ciele (np. protezy lub zespolenia metalowe, śruby, rozrusznik serca, kolczyki, piercing)? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jaką i gdzie:

Pytanie dla kobiet: Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani? – TAK/NIE

.....
Data,

.....
czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

ZGODA NA PRZEPROWADZENIE ZNIECZULENIA

Imię i nazwisko:

PESEL:

1. Oświadczam, że przeczytałem(am) i zrozumiałem(am) treść „Informacji o kolonoskopii” oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Oświadczam, że w ciągu sześciu godzin poprzedzających znieczulenie nie przyjmowałem(am) doustnie żadnych pokarmów ani napojów oraz że jestem trzeźwy(a). Mam zapewniony transport do domu oraz późniejszą opiekę dorosłej osoby towarzyszącej.
3. Oświadczam, że informacje podane w „Ankiecie przed badaniem i zabiegiem endoskopowym” są prawdziwe i wyczerpujące, ponieważ na ich podstawie może być konieczna modyfikacja postępowania anestezyjologicznego.
4. Oświadczam, że lekarz anestezjolog przeprowadził ze mną rozmowę, a czasie której wyjaśniono mi rodzaj znieczulenia i jego przebieg, zalety, wady oraz możliwe problemy i powikłania związane ze znieczuleniem i okresem pooperacyjnym. Zrozumiałem(am) te informacje i uzyskałem(am) satysfakcjonującą mnie odpowiedź na wszystkie zadane pytania.
5. Zgadzam się na zaproponowany rodzaj znieczulenia i wszelkie czynności medyczne niezbędne do jego przeprowadzenia (obejmujące również okres przedoperacyjny), jak również prowadzące do bezpiecznego zakończenia w okresie pooperacyjnym. Decyzję podjąłem(am) w sposób świadomy, samodzielnie i dobrowolnie.
6. Zgadzam się na konieczne modyfikacje lub zmianę sposobu znieczulenia, jeżeli będzie to wynikać z aktualnej sytuacji medycznej.
7. Zgadzam się* / Nie zgadzam się* na przetoczenie krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, jeżeli będzie tego wymagało ratowanie mojego zdrowia i życia.
8. Uwagi Pacjenta:

.....

.....
Data,

.....
czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Premedykacja:

.....
Data,

.....
pieczętka i podpis lekarza anestezjologa

* niepotrzebne skreślić