



OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z INFORMACJĄ O BADANIU I ZABIEGU ENDOSKOPOWYM – KOLONOSKOPIA (SIGMOIDOSKOPIA):

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

Wskazania do kolonoskopii / sigmoidoskopii / 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/sigmoidoskopią/polipektomią:

Kolonoskopia/sigmoidoskopia 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 (płytkiej sedacji lub głębokiej sedacji) istnieje nieco większe ryzyko wystąpienia powikłań: spowolnienia 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.

Oświadczam że zapoznałem się i jestem świadomy/-ma konieczności przygotowania do badania kolonoskopowego. W przypadku braku lub niewłaściwego przygotowania badanie nie będzie możliwe do przeprowadzenia i próba jego wykonania będzie płaćna zgodnie z obowiązującym cennikiem badań endoskopowych.

Data, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego:

.....

.....

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 okołoodbytowe? – 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 („rozzredzaj 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, Plavicorin, Pegorel, Grepid, Effient, Brilinta, Brilique, Ticlid, Aclotin, Apo-Clodin, Iclolid, 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, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego wypełniającego ankietę

.....

.....



**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE LUB ZABIEG
ENDOSKOPOWY - Kolonoskopia / Sigmoidoskopia / Polipektomia.**

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pisemnymi informacjami o kolonoskopii / sigmoidoskopii / 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 wskazaniem 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 / sigmoidoskopii / 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 / sigmoidoskopię / polipektomię, przyjmuję ryzyka związane z badaniem i proszę o przeprowadzenie badania/zabiegu endoskopowego.

Data, godzina, 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 i podpis lekarza endoskopisty



DODATKOWO DLA BADAŃ W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM (płytką lub głęboka sedacja):
Wyrażam zgodę się na podanie znieczulenia i wykonanie badania/zabiegu w sedacji płytkiej/głębokiej

Data, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

OŚWIADCZENIE LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO ZNIECZULENIE (anestezjologa lub endoskopisty): Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób znieczulenia oraz poinformowałem pacjenta o możliwych powikłaniach i zagrożeniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku podania leków znieczulających.

Data i podpis lekarza przeprowadzającego znieczulenie.....

