

Świadoma zgoda na wykonanie gastroskopii

Opis badania:

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualnie protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu za pomocą lignokainy w aerozolu lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła fibroskop średnicy około 1cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia; wymaga współpracy z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest w niewielkim stopniu nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne, podobnie jak pobieranie wycinków. Instrument służący do badania jest każdorazowo specjalnie dezynfekowany, dlatego też zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypiorkami, co również zabezpiecza przed zakażeniem. Wycinki oddawane są do badania histopatologicznego. W naszej pracowni badanie gastroskopii wykonuje się również w znieczuleniu ogólnym. Badanie histopatologiczne, zabieg polipektomii oraz znieczulenie ogólne są usługami dodatkowo płatnymi. Pacjent decydujący się na znieczulenie ogólne, **nie może z niego zrezygnować w dniu badania**, chyba że podyktowane to będzie względami medycznymi. Prosimy o przemyślane decyzje.

Możliwe powikłania:

Powikłania gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Niekiedy może dojść do krwawienia, głównie po pobraniu wycinków. Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przełyku około 0,05% badań). Powikłania takie zwykle wymagają szybkiego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych? TAK NIE

2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?

TAK NIE

3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (aspiryna, dikumarol, itp.)?

TAK NIE

4. Czy choruje Pani/Pan na oczy (jaskra)?

TAK NIE

Postępowanie po badaniu:

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez dwie godziny po badaniu nic jeść ani pić, aby uniknąć zadławienia. Po zastosowaniu znieczulenia ogólnego **powrót do domu musi odbyć się pod opieką innej osoby. Przez 24 godziny nie wolno również prowadzić pojazdów mechanicznych.** Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej bądź zaobserwujecie czarny stolec. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeżeli czegoś Państwo nie zrozumieliście lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przekazanym mi wcześniej opisem sposobu przeprowadzania badania gastroscopowego oraz, że w wyniku rozmowy z lekarzem oraz personelem Kliniki doktorA w Warszawie, gdzie zostanie przeprowadzone badanie, uzyskałam/łem wszelkie dodatkowe informacje na temat całości przeprowadzania tej procedury. Rozumiem i akceptuję warunki przeprowadzania badania i okresu następującego po badaniu oraz wiem, że w jego wyniku możliwe jest powstanie opisanych powyżej powikłań.

Oświadczam, że przekazałam/łem lekarzowi wszelkie informacje dotyczące mojego zdrowia oraz przyjmowanych leków.

Miałam/łem możliwość zadania wszelkich nasuwających mi się pytań dotyczących przeprowadzania badania oraz uzyskałam/łem na nie odpowiedzi, które rozumiem i akceptuję.

Biorąc pod uwagę powyższe informacje i uwagi, wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie gastrokopii.

.....
/data i podpis Pacjenta/