

Świadoma zgoda na wykonanie kolonoskopii

Opis badania:

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu jelit z resztek pokarmowych. Za pomocą podawanych środków przeczyszczających. Przygotowanie rozpoczyna się przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia i innych płynów niż służące do oczyszczania jelita. W przypadku wykonywania badania u pacjenta z poważnymi schorzeniami współistniejącymi (cukrzyca, niewydolność serca, poważne zaburzenia rytmu serca, niewydolność nerek), możliwe jest przygotowanie pacjenta do badania w warunkach szpitalnych. Należy zgłosić występowanie dodatkowych schorzeń podczas zapisywania na badanie. Badanie wykonuje się przy użyciu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbytnicę do jelita grubego. Kolonoskop jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego przeniesienie infekcji w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. W przypadku stwierdzenia w jelicie grubym polipów wykonuje się zabieg ich usunięcia (polipektomii). Narzędzia służące do wykonywania polipektomii i pobierania wycinków są sterylne. W naszej pracowni badania kolonoskopowe 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

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się nie zwykle rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były również pojedyncze przypadki zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków anestetycznych 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 (np. aspiryna, dikumarol, itp.)?

TAK NIE

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

TAK NIE

Postępowanie po badaniu:

Po zastosowaniu znieczulenia ogólnego nie należy spożywać pokarmów ani płynów przez dwie godziny po zabiegu. **Powrót do domu musi odbyć się pod opieką innej osoby.** Przez 24 godziny nie wolno również prowadzić pojazdów mechanicznych. W przypadku wykonania u Pani/Pana zabiegu o zwiększonym ryzyku powikłań (np. polipektomii dużego polipa) lekarz wykonujący badanie może podjąć decyzję o pozostawieniu Pani/Pana na okres kilku dni w szpitalu w celu obserwacji. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeśli nie wszystko Państwo zrozumieli lub chcą Państwo wiedzieć więcej na temat badania, wymienionych powikłań lub innych zagadnień związanych z proponowanym zabiegiem

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 kolonoskopii.

.....
/data i podpis Pacjenta/