

Informacja o badaniu .

Zgoda pacjenta na wykonanie gastrokopii diagnostyczno – leczniczej.

Badanie, które Państwu proponujemy wymaga Pani/Pana pisemnej zgody. Aby ułatwić decyzję informujemy o rodzaju, znaczeniu, korzyściach możliwych powikłaniach wynikających z wykonania gastrokopii.

Nie zastąpi to rozmowy z lekarzem, dlatego wszelkie wątpliwości i pytania wyjaśni lekarz kierujący lub wykonujący to badanie.

Gastroskopia

Jest to oglądanie od wewnątrz przełyku, żołądka i dwunastnicy za pomocą endoskopu (gastroskopu). Jest to badanie, które uważamy u Pani/Pana za konieczne, z powodu dolegliwości, lub jako profilaktykę, w celu wczesnego wykrycia możliwych zmian chorobowych. W czasie badania w razie konieczności mogą zostać pobrane za pomocą szczypczyków wycinki ze zmiany chorobowej zlokalizowanej w przełyku, żołądka lub dwunastnicy . W przypadku stwierdzenia polipów, zostaną one usunięte za pomocą odpowiednich narzędzi. Samo pobranie wycinków, jak też i usunięcie polipów (polipektomia) – to zabiegi zupełnie bezbolesne.

Przygotowanie do badania:

W przeciągu 8 godzin poprzedzających badanie nie należy jeść i pić. Na czas badania należy wyjąć ruchome protezy.

Przebieg badania:

Do badania używamy gastroskopu. Jest to elastyczny instrument z kamerą na końcu, który przez jamę ustną i gardło wprowadzimy do przełyku i pod kontrolą wzroku przesuniemy dalej, do żołądka i dwunastnicy. Przed badaniem za pomocą aerozolu z lignokainą znieczulimy Państwa gardło. Podczas badania wdmuchiwanie będzie powietrze, co możecie Państwo odczuwać, jako nieprzyjemne rozpieranie w żołądku. Powietrze pompowane do żołądka będzie miało na celu rozciągnięcie go, w celu umożliwienia dokładnej oceny. Z tego powodu prosimy o maksymalne skupienie się w czasie badania na spokojnym oddechu i unikanie odbijania powietrza, gdyż niepotrzebnie wydłuży to badanie. W przypadku dobrej współpracy lekarza i pacjenta badanie trwa zazwyczaj 5-7 min.

Możliwe komplikacje:

Podczas pobierania wycinków z przełyku, żołądka lub dwunastnicy może dojść do niewielkiego krwawienia, które najczęściej ustępuje samoistnie. Bardzo rzadko wymaga ono zastosowania różnych metod tamowania krwawienia. Takie powikłanie, jak przebicie przełyku lub żołądka, zdarzają się wyjątkowo rzadko, i to najczęściej tylko wtedy, kiedy istnieje poważna choroba lub wykonywany jest skomplikowany zabieg leczniczy (np. polipektomia, rozszerzanie zwężeń, leczenie zmian naczyniowych). O konieczności wykonania takiego zabiegu zostaniecie Państwo poinformowani jeszcze przed lub w trakcie samego badania. Istnieje również ryzyko wymiotów i zachłyśnięcia się, w przypadku zalegania treści w żołądku, oraz możliwość przeniesienia infekcji. Te powikłania są także bardzo rzadkie. Część powikłań może wymagać dalszego leczenia szpitalnego, a nawet przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

Po podaniu środków anestetycznych istnieje ryzyko zaburzeń ze strony układu krążenia i oddechowego oraz inne reakcje na podanie leku. Opisywane były pojedyncze przypadki zaburzeń rytmu i zatrzymania akcji serca.

Ankieta poprzedzająca badanie diagnostyczne – gastroskopia

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Aby zmniejszyć ryzyko powikłań, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania

(**prawidłową odpowiedź otoczyć kółkiem -> ☐**):

Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów?

Tak Nie

Czy zaobserwowała/l Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania „siniaków” na skórze?

Tak Nie

Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe (np. Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Xarelto, Syncumar, Clexane, Fraxiparine, Fraxodi, Pradaxa) lub aspirynę (np. Aspirin, Acard, Polocard, Bestpirin, Polopiryna, Acesan), leki przeciw płytkowe (np. Aclostin, Ticlo, Apo-clodin, Plavix, Areplex)?

Tak Nie

Czy przyjmuje Pani/Pan niesterydowe leki przeciwzapalne (np. Majamil, Voltaren, Diclac, Diclo-Duo, Piroxicam, Ibuprofen, Ketonal, Febrofen)?

Tak Nie

Czy jest Pani/Pan uczulona/y na środki znieczulające, lignokainę, jodynę, jakiegokolwiek leki?

Tak Nie

Czy ma Pani/Pan wszczepiony „rozzrusznik” serca lub endoprotezę?

Tak Nie

Czy jest Pani w ciąży?

Tak Nie

Czy Pani/Pan leczy się z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?

Tak Nie

Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne)?

Tak Nie

Jeśli tak to jakich?.....

Czy była Pani/Pan dotychczas operowana?

Tak Nie

Jeśli tak, to proszę wymienić operacje, szczególnie te wykonane w obrębie brzucha:

.....

W razie jakiegokolwiek wątpliwości, prosimy o pytania. Lekarz wyjaśni Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

.....
/data/

.....
/czytelny podpis pacjenta lub/ i opiekuna prawnego/

Świadoma zgoda na wykonanie zabiegu diagnostyczno-leczniczego.

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie gastrokopii diagnostyczno-leczniczej i inne konieczne podczas badania zabiegi (pobranie wycinków, usunięcie polipów, koagulację itp.) oraz sporządzenie dokumentacji fotograficznej.

Po zapoznaniu się z treścią informacji o badaniu i rozmowie wyjaśniającej z dr uzyskałam / uzyskałem wyczerpujące informacje na temat badania i ewentualnych powikłań oraz miałam / miałem możliwość zadawania pytań i uzyskałam/ uzyskałem wyczerpujące wyjaśnienie. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości. Wyrażam również zgodę na zastosowanie ogólnodziałających środków przeciwbólowych, uspokajających oraz rozkurczowych / anestetycznych.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi:

- a) Istoty badania
- b) Przygotowania do badania
- c) Przebiegu badania
- d) Możliwościami wystąpienia powikłań po badaniu

.....
/data/

/czytelny podpis pacjenta lub/i opiekuna prawnego/

.....
/data/

/pieczętka i podpis lekarza/

W przypadku pobrania wycinków do badania histopatologicznego zobowiązuje się do odbioru wyników badania hist-pat w ciągu 3 tygodni od daty pobrania. Świadomie zobowiązuje się do skonsultowania w/w wyniku z lekarzem, ponieważ może to wpłynąć na dalsze leczenie.

UWAGA!

W przypadku badań diagnostyczno-zabiegowych wykonywanych odpłatnie informujemy, że ewentualne np. pobranie wycinków, usunięcie polipów, itp. oraz badanie hist-pat jest dodatkowo płatne. Szczegółowych informacji udziela rejestracja.

.....
/data/

/czytelny podpis pacjenta lub/i opiekuna prawnego/

UWAGA!

W przypadku pacjentów małoletnich, którzy ukończyli 16 rok życia do przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych takiemu pacjentowi wymagana jest jego zgoda oraz zgoda opiekunów prawnych.

Podstawa prawna :

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6.11.2008 r. (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

Wyd. III
07.06.2019 (aktualizacja 25.04.2022)

Nazwisko, imię pacjenta:

PESEL:

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY PACJENTA PRZED BADANIEM/ZABIEGIEM

Lp.		Nie	Tak
1	Czy była Pani/był Pan szczepiona/y przeciw WZW B? kiedy?		
2	Czy chorowała Pani /chorował Pan na wirusowe zapalenie wątroby (żółtaczkę)? Kiedy?		
3	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani/miał Pan kontakt z chorym na WZW B lub C (wirusowe zapalenie wątroby)? Kiedy? Gdzie?		
4	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy była Pani /był Pan leczona/y w innych placówkach służby zdrowia, w tym w gabinetach prywatnych? Gdzie?		
5	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani/miał Pan wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki? (biopsja, punkcja, akupunktura, operacja, pobranie krwi, iniekcje, kroplówki, transfuzje itp.)? Kiedy?		
6	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miała Pani/miał Pan wykonywane badania endoskopowe np.: gastroskopię, kolonoskopię, rektoskopię? Jakie? Kiedy? Gdzie?		
7	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystała Pani/ korzystał Pan z usług gabinetów diagnostyczno-zabiegowych: ginekologicznych, położniczych, urologicznych, okulistycznych, chirurgicznych, stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomba, usuwanie kamienia nazębnego, itp.) i innych? Kiedy? Gdzie?		
8	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy korzystała Pani/korzystał Pan z usług fryzjerskich, kosmetycznych (manicure, pedicure, tatuaż, przekłuwanie uszu, itp.) Kiedy? Gdzie?		

Oświadczam, że świadomie nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o moim stanie zdrowia, w tym informacji o chorobach przewlekłych, przebiegu dotychczasowego leczenia, korzystania z usług w innych podmiotach leczniczych.

.....
podpis pacjenta

.....
i/lub opiekuna prawnego

.....
czytelny podpis osoby zbierającej wywiad