

INFORMACJA DLA PACJENTA FORMULARZ ZGODY NA REKTOSIGMOIDOSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko)..... PESEL.....

Szanowni Państwo!

Zaproponowane Panu(i) badanie endoskopowe ma na celu wyjaśnienie przyczyny Pana(i) dolegliwości i zwiększenie szansy na skuteczną terapię, jednak przeprowadzenie go wymaga Pana(i) zgody. Aby tę decyzję Panu(i) ułatwić, w tym formularzu informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania. Ma to na celu pomóc Panu(i) w podjęciu dobrowolnej i w pełni świadomej zgody na przeprowadzenie badania.

Opis badania

Rektosigmoidoskopia jest badaniem wskazanym u osób, u których na podstawie przeprowadzonych badań i wywiadu podejrzewa się zmiany chorobowe w obrębie odbytu i końcowego odcinka jelita grubego, tzw. okrężnicy.

Wskazaniami do przeprowadzenia rektosigmoidoskopii są:

- krwawienia z odbytu jawne i utajone
- bóle w okolicy odbytu, bóle podbrzusza i krocza
- zmiana rytmu wypróżnień i/lub zmiana kształtu oddawanego stolca
- świąd odbytu niewyjaśnionej przyczyny
- guzy w odbycie
- daremne parcie na stolec i/lub bezwiedne oddawanie stolca

Badanie rektoskopowe służy ocenie stanu morfologicznego błony śluzowej badanego odcinka jelita grubego i polega na wziernikowaniu kanału odbytu i odbytnicy przy użyciu rektoskopu, instrumentu wyposażonego w układ optyczny przenoszący obraz z wnętrza ciała pacjenta. Badanie trwa zazwyczaj kilka minut. Zaletą rektosigmoidoskopii jest możliwość pobrania wycinków do badania mikroskopowego (histopatologicznego) z tkanek budzących podejrzenie zmian chorobowych.

W przypadku stwierdzenia obecności polipów należy je usunąć przy pomocy pętli diatermicznej, wprowadzanej przez kanał endoskopu. Polipy są przeważnie zmianami łagodnymi, jednak pozostawione w jelicie, mogą ulec przemianie w raka.

Badanie rozpoczyna się od obejrzenia okolicy odbytu pacjenta i badania palcem przez odbyt (badanie per rectum). Następnie lekarz wprowadza przez odbyt końcówkę aparatu posmarowaną żelem znieczulającym i prowadzi obserwację. Badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym. Możliwe jest także podanie dożylnych środków znieczulających i uspokajających.

Badanie może być wykonywane wielokrotnie, u pacjentów w każdym wieku, a także u kobiet ciężarnych. Dodatkowo informujemy, że czas trwania, jak i umówiona godzina badania są orientacyjne. W przypadku

trudnych i niestandardowych badań u poprzednich pacjentów może zdarzyć się, że pacjent zostanie wezwany na badanie z opóźnieniem, w związku z czym prosimy o wyrozumiałość.

Przygotowanie do badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim oczyszczeniu jelita z zalegających resztek pokarmowych za pomocą doodbytniczego wlewu oczyszczającego jelito (lewatywa). Wykonanie rektoskopii zaczyna się zwykle 20-30 min po zakończeniu wypróżnienia, gdyż później kał zalegający w wyższych częściach jelita może nadal wpływać do odbytnicy.

Postępowanie po badaniu

Nie ma specjalnych zaleceń dotyczących postępowania po rektosigmoidoskopii. Rektosigmoidoskopia jest badaniem bezpiecznym.

W przypadku, gdy zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym lub sedacji, nie mogą Państwo w ciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać precyzyjnych urządzeń, a także podejmować czynności prawnych. Konieczna jest także pomoc osoby dorosłej przy powrocie do domu. W przypadku stosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny od zabiegu. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych i budzących Państwa niepokój objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Możliwe komplikacje

Wysokiej jakości sprzęt z obrazowaniem HD, nowoczesna aparatura stosowana do dezynfekcji endoskopów oraz sterylizacji akcesoriów, a także wieloletnie doświadczenie naszego zespołu w wykonywaniu badań, pozwala na uniknięcie większości z rozważanych w teorii i zdarzających się niezwykle rzadko powikłań.

W rękach wprawnego endoskopisty rektosigmoidoskopia jest badaniem bezpiecznym, jednak powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. W przypadku trudnych i niestandardowych badań endoskopowych ze względu na bezpieczeństwo pacjenta, może zaistnieć konieczność użycia dodatkowego sprzętu medycznego (klipsy endoskopowe, igły do iniekcji endoskopowych), w związku z czym cena badania może wzrosnąć.

W trakcie rektosigmoidoskopii, pomimo zachowania wszelkich zasad sztuki medycznej, możliwe jest incydentalne wystąpienie następujących powikłań:

- niewielkie, ustępujące samoistnie krwawienia
- otarcia błony śluzowej i mechaniczne uszkodzenia badanego odcinka jelita
- omdlenie w trakcie zabiegu
- reakcje alergiczne na środki znieczulające
- przeniesienie zakażenia (m.in. HBV i HCV), co przy stosowanych w naszym ośrodku nowoczesnych standardach dezynfekcji i sterylizacji nie powinno mieć miejsca
- perforacja ściany jelita grubego

Informacje o pacjencie

Dla zapewnienia bezpieczeństwa przeprowadzenia badania i zmniejszenia ryzyka wystąpienia w/w powikłań, prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem, jak i w niniejszym dokumencie następujących informacji:

Dobłą odpowiedź należy wziąć w kółko – jeśli odpowiedź to „TAK” - ~~TAK~~ NIE

Czy istnieje u Pana(i) zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach?	TAK/NIE
Czy zaobserwował(a) Pan(i) skłonność do łatwego powstawania siniaków na skórze?	TAK/NIE
Czy jest Pan(i) uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? (Jeśli tak to na jakie?).....	TAK/NIE
Czy ma Pan(i) wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę?	TAK/NIE
Czy leczy się Pan(i) z powodu chorób serca lub płuc (np. wady serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?	TAK/NIE
Czy przyjmuje Pan(i) leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, Plavix, Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Acard, Polopiryna, Clopidogrel, Aclotin)? Jeżeli tak to jakie?.....	TAK/NIE
Czy leczy się Pan(i) z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? (Proszę wymienić jakie).....	TAK/NIE
Czy choruje Pan(i) na przewlekłe choroby zakaźne (np. wirusowe zapalenie wątroby, AIDS)? Jeżeli tak, to jakie?.....	TAK/NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK/NIE
Czy istnieją jakiegokolwiek inne okoliczności mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego badania? Jeżeli tak, to jakie?.....	TAK/NIE
Czy przyjmuje Pan/i jakiegokolwiek inne leki niewymienione powyżej? (Proszę wymienić jakie)	TAK/NIE
Wyrażam chęć skorzystania ze znieczulenia dożylnego oraz oświadczam, że po badaniu zostaną odebrany/a przez osobę towarzyszącą, która jest wymagana do podania tego rodzaju znieczulenia.*	TAK/NIE

*Wyrażenie chęci na skorzystanie ze znieczulenia przez pacjenta, nie jest gwarancją jego otrzymania. Ostateczna decyzja odnośnie podania znieczulenia jest podejmowana przez lekarza po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.

W razie pojawienia się jakichkolwiek wątpliwości i pytań prosimy poinformować o tym lekarza. Lekarz postara się udzielić rzetelnych dodatkowych informacji i rozwiązać wszelkie wątpliwości i nierzeczywiste problemy.

Zgoda pacjenta na wykonanie badania

Poinformowana(y) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań, po uzyskaniu odpowiedzi na zadane lekarzowi pytania, dobrowolnie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania rektoskopem. W pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Stwierdzam, że zapewniono mi możliwość nieograniczonego zadawania pytań i na wszystkie zadane przeze mnie pytania uzyskałem/am wyczerpujące i satysfakcjonujące odpowiedzi. Ponadto wyrażam zgodę na przeprowadzenie czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed planowanym badaniem okoliczności, w tym również na przetransportowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia. Wyrażam również zgodę na dożylną podanie środków znieczulających i przeciwbólowych.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób oraz zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza i wyraża z.

.....
data

.....
podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

Wyrażam zgodę na pobranie wycinków z jelita grubego do badania mikroskopowego (histopatologicznego) ze znalezionych zmian i poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych*.

.....
data

.....
podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

Wyrażam zgodę na endoskopowe wycięcie polipów (polipektomię), jeżeli zaistnieje taka konieczność i poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych*.

.....
data

.....
podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

* Podczas wykonywania analizy histopatologicznej próbki pobranej w trakcie badania endoskopowego, lekarz patomorfolog może zalecić dodatkowe barwienia mające na celu rozszerzenie diagnostyki. Barwienia są dodatkowo płatne i każdorazowo w przypadku ich zalecenia przez laboratorium przychodnia kontaktuje się z pacjentem w celu uzyskania jego zgody na wykonanie dodatkowych barwień oraz na pokrycie ich kosztów.

Podpis Lekarza

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza
przeprowadzającego badanie





INDYWIDUALNA KARTA REALIZACJI ZLECEŃ LEKARSKICH

Zlecenie leku (nazwa, dawka, droga podania)	Data i godzina zlecenia	Podpis osoby zlecającej	Data i godzina wykonania zlecenia	Podpis osoby wykonującej zlecenie

ZUŻYTY SPRZĘT:

WYPEŁNIĆ PO BADANIU W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM

Data i godzina

Pacjenta oddano pod opiekę (imię i nazwisko osoby odbierającej pacjenta po badaniu).

Ja niżej podpisany/a potwierdzam odbiór pacjenta po badaniu w znieczuleniu.

.....
Data i podpis osoby odbierającej pacjenta