

INFORMACJA DLA PACJENTA - FORMULARZ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko).....

PESEL.....

Szanowni Państwo!

Badanie, które Panu(i) proponujemy jest badaniem, wymagającym 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.

Przygotowanie do badania

Gastroskopia jest badaniem wskazanym u osób, u których na podstawie przeprowadzonych badań i wywiadu podejrzewa się zmiany chorobowe w obrębie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Przed wykonaniem gastroskopii, pacjent nie powinien przyjmować pokarmów przez co najmniej 6 godzin (należy jednak pamiętać, że przy problemach żołądkowych i spowolnionym trawieniu czas ten może się wydłużyć do 8 godzin). Nie powinien także przyjmować płynów na 3 godziny przed planowanym badaniem.

Dzięki takiemu przygotowaniu, badany odcinek przewodu pokarmowego będzie wolny od zalegających resztek pokarmowych, a przeprowadzone badanie dokładniejsze i bezpieczniejsze. Ze względów bezpieczeństwa przed przystąpieniem do badania należy usunąć wszelkie protezy zębowe i zdjąć okulary oraz całą biżuterię.

Opis badania

Gastroskopia jest badaniem polegającym na wprowadzeniu specjalnego wziernika (fiberoskopu) przez jamę ustną do przełyku, następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Celem zabiegu jest wizualna ocena wnętrza górnego odcinka przewodu pokarmowego oraz, jeżeli zaistnieje taka konieczność, pobranie wycinków do badania histopatologicznego lub stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiadającej za nawroty choroby wrzodowej. W trakcie gastroskopii istnieje możliwość podania pacjentowi dożylnych środków znieczulających i/lub uspokajających. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą części przewodu pokarmowego i obecnie jedyną metodą o podobnych możliwościach diagnostycznych.

Badanie bez znieczulenia ogólnego zwykle przeprowadzane jest w pozycji leżącej na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć wszelkie ciała obce z jamy ustnej (ewentualne protezy zębowe, kolczyki). Gardło pacjenta znieczula się lignokainą w aerozolu, co zmniejsza nieprzyjemne odruchy. Następnie lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik w celu ochrony delikatnej końcówki endoskopu. Kolejno do jamy ustnej wprowadzany jest fiberoskop o średnicy około 1 cm, a pacjent proszony jest o wykonywanie ruchu połykowego. Moment wprowadzenia endoskopu do gardła może być dla pacjenta nieprzyjemny i dawać wrażenie dławienia, jednak wymaga ścisłej współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Podczas badania pacjent proszony jest o głębokie i spokojne oddychanie z jednoczesnym powstrzymywaniem się od połykania śliny. W trakcie badania możliwe jest podanie środków przeciwbólowych i/lub uspokajających drogą dożylną (analgesedacja). Znieczulenie w formie analgesedacji nie daje gwarancji przejścia badania bez jakichkolwiek dolegliwości bólowych lub odruchu wymiotnego. Jedynie znieczulenie anestezjologiczne może w pełni zapobiec ich odczuwaniu przez pacjenta. Podczas badania w znieczuleniu ogólnym, pacjent śpi przez cały czas trwania badania i nie odczuwa żadnych nieprzyjemności.

Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut i jest w niewielkim stopniu nieprzyjemne, jednak nie powinno wywoływać wrażeń bólowych. 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.

Postępowanie po badaniu

Po gastrokopii przez krótki czas może pozostać uczucie dyskomfortu w gardle. Dyskomfort ustępuje samoistnie. W przeciągu kilku godzin od zakończenia badania, ustępuje także uczucie wzdęcia spowodowane wtłoczonym do przewodu pokarmowego powietrzem.

Z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nie spożywać pokarmów stałych oraz nie pić, by zminimalizować ryzyko zadławienia.

Jeżeli zabieg endoskopowy 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 również pomoc osoby dorosłej przy powrocie do domu. W przypadku zastosowania znieczulenia, nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny od zabiegu.

Jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pan(i) silne, nieustępujące bóle brzucha lub zaobserwuje Pan(i) powiększenie obwodu brzucha, gorączkę, wymioty i/lub czarny stolec, prosimy niezwłocznie poinformować o tym lekarza lub zgłosić się na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Wystąpienie jakichkolwiek innych niejasnych i budzących Państwa niepokój objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Możliwe komplikacje

Wysokiej jakości sprzęt endoskopowy z obrazowaniem HD, nowoczesna aparatura stosowana do dezynfekcji endoskopów oraz sterylizacji akcesoriów, a także duże doświadczenie naszego zespołu w wykonywaniu badań, pozwala na uniknięcie większości z rozważanych w teorii i zdarzających się niezwykle rzadko powikłań. W rękach wprawnego endoskopisty, gastroscopia jest badaniem bezpiecznym, jednak powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Komplikacje zdarzają się raz na kilkaset badań (<0,08% badanych) i są najczęściej niegroźne. 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 gastrokopii, pomimo zachowania wszelkich zasad sztuki medycznej, możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- przedziurawienie (perforacja) przełyku, zapalenie śródpiersia i odma
- perforacja żołądka, dwunastnicy
- zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego
- omdlenie w trakcie zabiegu i inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, w tym niewydolność krążeniowo-oddechowa
- powikłania nietypowe, tj.: reakcje uczuleniowe na użyte środki znieczulające i środki dezynfekcyjne (wysypka skórna, swędzenie, wstrząs anafilaktyczny)
- możliwość wymiotów i zachłyśnięcia się treścią z żołądka i wynikające z tego zachłystowe zapalenie płuc

- pomimo wykonywania wszystkich zabiegów sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawany każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi drobnoustrojami.

Ponieważ część z tych powikłań jest poważna, mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem pacjenta.

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 Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach?	TAK / NIE
Czy zaobserwowała Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania siniaków na skórze?	TAK / NIE
Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? (Jeśli tak to na jakie?).....	TAK / NIE
Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę?	TAK / NIE
Czy leczy się Pani/Pan z powodu chorób serca lub płuc (np. wady serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?	TAK / NIE
Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, Plavix, Acenocumarol, Sintrom, Warfin, Acard, Polopiryna, Clopidogrel, Aclotin)? (Jeżeli tak to jakie?).....	TAK / NIE
Czy leczy się Pani/Pan z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? (Proszę wymienić jakie).....	TAK / NIE
Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y? (Jeśli tak to z jakiego powodu?).....	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 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 nurtujące 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 gastrokopii. 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w dokumentacji medycznej i pismach złożonych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i potwierdzam że dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, wykonanych badań oraz przebytych w przeszłości chorób oraz zapoznałem/am się z treścią niniejszego formularza i wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania gastrokopii.

.....
data

.....
podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

Wyrażam zgodę na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania mikroskopowego (histopatologicznego), jeżeli zaistnieje taka konieczność i poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych.

.....
data

.....
podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

Wyrażam zgodę na ewentualne pobranie wycinka celem wykonania testu na obecność bakterii *Helicobacter pylori*, jeżeli zaistnieje taka konieczność oraz poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych.

.....
data

.....
podpis pacjenta/uprawnionego opiekuna

WYPEŁNIA LEKARZ

.....
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