

INFORMACJA DLA PACJENTA FORMULARZ ZGODY NA KOLONOSKOPIĘ

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

Kolonoskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbytnicę do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze znalezionych tam zmian. W wypadku stwierdzenia krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów należy je usunąć za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie badania istnieje możliwość podania drogą dożylną środków przeciwbólowych i/lub uspokajających.

W trakcie kolonoskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań, które czasami wymagają leczenia operacyjnego:

- perforacja jelita
- zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej (np, po usunięciu polipów)
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawanym każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi drobnoustrojami
- część z ww, powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz intensywnej resuscytacji krążeniowo- oddechowej
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne (od wysypki skórnej, swędzenia, po wstrząs anafilaktyczny)
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem.

Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć, na następujące pytania:

- Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów? TAK/NIE
 - Czy zaobserwował/a Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania "siniaków" na skórze? TAK/NIE
 - Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? TAK/NIE
 - Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę? TAK/NIE
 - Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE
 - Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)? TAK/NIE
 - Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepkość krwi { np. aspiryna, acenocumarol, sintrom, plavix, warfin...). TAK/NIE
- Jeżeli tak, to jakie?
- Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? TAK/NIE
 - Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y? TAK/NIE

Jeśli tak, to proszę podać z jakiego powodu?.....

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości

Zachowanie po zabiegu:

Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy, nie mogą Państwo w ciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, należy wrócić do domu z opiekunem.

Jeżeli po badaniu stwierdzą Państwo silne bóle brzucha, gorączkę, zauważą krwawienie z odbytu prosimy zgłosić się do lekarza.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań, po uzyskaniu odpowiedzi na zadane lekarzowi pytania, wyrażam zgodę na kolonoskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z jelita grubego do badania mikroskopowego { histopatologicznego), a także na endoskopowe usunięcie polipów jeśli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie. Wyrażam także zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków przeciwbólowych oraz uspokajających.

Wyrażam również zgodę na wgląd w obrazy kolonoskopowe lekarzom szkolącym się w wykonywaniu tego zabiegu (opcjonalnie) – w razie potrzeby – wykreślić.

Miejsce:..... Data:.....

Podpis pacjenta:..... Podpis lekarza:.....



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych**

w Opolu

45-075 Opole, ul. Krakowska 44

77 4011100

REGON: 531163515

Pracownia Endoskopii

77 4011130

cz.V 01 cz.VI HP.3.4. cz.VII 02 cz.VIII 7910 cz. IX HC.4.2.7.

Przygotowanie do KOLONOSKOPII

Przez 7 dni przed badaniem dieta bez potraw zawierających **pestki** (takie jak np. winogrona, orzechy, pieczywo ziarniste, mięsz pomidorów i ogórków itp). Należy odstawić też doustne preparaty żelaza.

Dieta płynna przez 3 dni przed badaniem (bez pieczywa, warzyw, mięsa, ziemniaków itp., - zupa bez dodatków, herbata, woda).

W dniu poprzedzającym badanie o godzinie 15.00 **FORTTRANS** – należy każdą torebkę rozpuścić w 1 litrze wody – razem 3 torebki = 3 litry płynu do przygotowania – następnie do wieczora należy wypić tak przygotowany preparat w porcjach 200ml (szklanka, kubek) co 15-20 minut.

W dniu badania o godzinie 04.00 - 05.00 **FORTTRANS** – należy 1 torebkę rozpuścić w 1 litrze wody – razem 1 torebka = 1 litry płynu do przygotowania - następnie wypić tak przygotowany preparat w porcjach 200ml. W celu poprawienia tolerancji wyżej wymienionego roztworu można dodać do niego sok z cytryny (bez pestek) oraz go schłodzić.

W dniu badania około godziny 6.00 **RECTANAL** – wlewka doodbytnicza.

Pić dużo czystych płynów (woda) do 3 litrów na dobę, w dniu badania także.

FORTTRANS 4 torebki do zakupienia w aptece.

RECTANAL do zakupienia w aptece bez recepty.

Wszystkie leki należy przyjmować jak dotychczas zalecono, w przypadku leków przeciwnrzepiowych i stosowanych w leczeniu cukrzycy – ustalenie postępowania z lekarzem kierującym na badanie.

NAZWISKO I IMIĘ:

.....

PESEL:

USTALONY TERMIN BADANIA: