

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

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

Gastroskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje potrzeba – pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze znalezionych tam zmian. W wypadku krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów, może się okazać koniecznym ich usunięcie za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie gastroskopii istnieje możliwość podania dożylnych środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

W trakcie gastroskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- perforacja (przeziurawienie) przełyku, odma i zapalenie śródpiersia
- perforacja żołądka lub dwunastnicy, zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego -
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego (np. niewydolność krążeniowo- oddechowa)
- możliwość wymiotów i zachłyśnięcia się treścią z żołądka następstwem którego może być zachłystowe zapalenie płuc
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są 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
- 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, leki, 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...). 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 posatara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

Zachowanie po zabiegu:

Z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarny stolec. Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy nie mogą Państwo w przeciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, do domu należy wrócić z opiekunem.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego, a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli 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 dożylnych środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

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

Miejsce..... Data i godzina.....

Podpis pacjenta(ki)..... Podpis lekarza.....