Świebodzin, ...

DOKUMENT POZYSKANIA ŚWIADOMEJ ZGODY

GASTROSKOPIA DIAGNOSTYCZNA / ZABIEGOWA

** Niepotrzebne skreślić. ☐ Wybrać właściwą odpowiedź.*

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię:.....

PESEL: .....

Wiek pacjenta:

Poniżej 16 roku: ☐ Pomiędzy 16 i 18 rokiem życia ☐ Pełnoletni ☐

Stan psychiczny pacjenta:

Osoba ubezwłasnowolniona:

Pacjent chory psychicznie: TAK ☐ NIE ☐ Upośledzony umysłowo: TAK ☐ NIE ☐

Dysponujący dostatecznym rozeznaniem nie wyraża sprzeciwu: ☐

Cała treść dokumentu musi być przekazana właściwej osobie/osobom w sposób wyczerpujący i zrozumiały, co lekarz potwierdza na końcu dokumentu.

Świadczenie zdrowotne:

- **Planowe** ☐ **Pilne** ☐

Proponowana metoda leczenia:

Gastroskopia (panendoskopia) diagnostyczna z biopsją / zabiegowa

Rozpoznanie ze skierowania ICD-10:

Wskazania do wykonania badania:

Wskazania do gastroskopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby organicznej /choroby wrzodowej, nowotworowej/, podejrzenie uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego , kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu /choroba refluksowa, przełyk Barretta, niedokrwistość złośliwa/, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastroskopii zabiegowej:, usuwanie ciał obcych, leczenie żylaków przełyku, udrażnianie zwężeń, usuwanie zmian patologicznych /polipów, niektórych zmian nowotworowych/

Opis przebiegu proponowanego badania

Gastroskopia /panendoskopia/ jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić przełyk, żołądek, oraz znaczną część dwunastnicy. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta lub nos do przełyku, a następnie żołądka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badanie pozwala na dokładną ocenę błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, widoczne są zmiany chorobowe błony śluzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, żołądka i dwunastnicy, fałdy, widoczność naczyń krwionośnych, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych i dlatego może być wykonywana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również ambulatoryjnie. Najczęściej celem badania jest diagnostyka (rozpoznawanie) chorób przewodu pokarmowego, między innymi: żylaków, uchyłków, zmian zapalnych, choroby wrzodowej, chorób bakteryjnych i grzybiczych, zmian spowodowanych działaniem czynników chemicznych, diagnostyka i wykluczenie zmian nowotworowych, ustalenie miejsca krwawienia. Pobranie wycinków do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Różnorodność narzędzi endoskopowych umożliwia wykonanie pewnych zabiegów takich jak:1. leczenie żylaków przełyku poprzez ich ostrzykiwanie środkami obliterującymi, klejami tkankowymi czy zakładaniem opasek gumowych, 2. usuwanie ciał obcych, 3. usuwanie polipów i zmian płaskich, 4.udrażnianie zwężeń nowotworowych i nienowotworowych poprzez mechaniczne poszerzanie , niszczenie tkanek patologicznych sondą argonową lub laserem, wprowadzenie protez udrażniających, 5. zamykanie przetok, 6. zakładanie przetok odżywczych co pozwala na uniknięcie leczenia operacyjnego. Badanie diagnostyczne wykonywane jest w trybie ambulatoryjnym, gastroskopia z wykonaniem zabiegu endoskopowego zazwyczaj wymaga hospitalizacji. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym gardła lub jeżeli są

wskazania w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

Opis innych dostępnych metod leczenia:

Badania alternatywne do gastroskopii: badanie radiologiczne w kontrastem, endoskopia kapsułkowa, tomografia komputerowa, Badania te nie pozwalają na; precyzyjną i dokładną ocenę badanych narządów, na pobranie materiału do badania histopatologicznego, nie pozwalają też na wykonanie zabiegów endoskopowych

Opis powikłań standardowych związanych z proponowanym badaniem

Gastroskopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego endoskopistę. Jako metoda inwazyjna obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań.

1. perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1 % w badaniach diagnostycznych do 17% po zabiegach endoskopowych-wymagane jest wtedy pilne leczenie operacyjne
2. krwawienie - częstość wstępowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, 1-1,5% po zabiegach endoskopowych- w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie śluzówki-częstość występowania poniżej 1%-leczenie zachowawcze
4. reakcja na podawane leki - częstość występowania poniżej 1% 5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – częstość występowania poniżej 1 %

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

Przyjmowane leki zmniejszające krzepliwości krwi .....odstawiono

TAK ☐ NIE ☐ kiedy? .....

inne (choroby współistniejące) .....

.....

.....

Opis prognozy i powikłań odległych:

Po gastroskopii może występować wzdęcie, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej, objawy ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po zabiegach endoskopowych konieczna może być hospitalizacja a jej okres zależy od wykonanego zabiegu endoskopowego /zazwyczaj 24-48godzin/.

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia:

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego

Lekarz potwierdza, iż udzielił przystępnej i wyczerpującej informacji o:

- stanie zdrowia i rozpoznaniu
- proponowanym i możliwym, ze względu na stan zdrowia, rozpoznanie i rokowania, świadczeniu zdrowotnym
- sposobie udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas, bądź na skutek udzielonego świadczenia zdrowotnego
- o rokowaniu oraz dających się przewidzieć następstwach, zastosowania, albo zaniechania, proponowanego oraz możliwego świadczenia zdrowotnego
- o innych świadczeń zdrowotnych niezbędnych do wykonania przed lub w związku z proponowanym i możliwym świadczeniem zdrowotnym
- dalszym proponowanym i możliwym leczeniu
- dostępnych, znanych i możliwych ze względu na stan zdrowia i rozpoznanie alternatywnych metodach leczenia oraz o dających się przewidzieć skutkach ich zastosowania, w tym o metodach stosowanych u innych świadczeniodawców.

Jako Lekarz potwierdzam, że umożliwiono zadawanie pytań dotyczących wszystkich wskazanych powyżej okoliczności związanych z proponowanym oraz możliwym do udzielenia świadczeniem zdrowotnym oraz udzielono wyczerpująco i w sposób przystępny wyjaśnień i odpowiedzi.

.....

Data, godzina i podpis Lekarza

Należy potwierdzić odrębnie każdy z punktów poniżej z:

Pacjentem/Przedstawicielem ustawowym*:

- **Zostały udzielone przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego wszystkie informacje o stanie zdrowia mogące mieć znaczenie dla udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz, przekazane informacje są zgodne z prawdą.**
- **Została udzielona pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu przystępna i wyczerpująca informacja o:**

  - proponowanym i możliwym, ze względu na stan zdrowia, rozpoznanie i rokowania, świadczeniu zdrowotnym
  - sposobie udzielenia świadczenia zdrowotnego oraz o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, mogących wystąpić podczas, bądź na skutek udzielonego świadczenia zdrowotnego
  - o rokowaniu oraz dających się przewidzieć następstwach, zastosowania, albo zaniechania, proponowanego oraz możliwego świadczenia zdrowotnego
  - o innych świadczeń zdrowotnych niezbędnych do wykonania przed lub w związku z proponowanym i możliwym świadczeniem zdrowotnym
  - dostępnych, znanych i możliwych ze względu na stan zdrowia i rozpoznanie alternatywnych metodach leczenia oraz o dających się przewidzieć skutkach ich zastosowania, w tym o metodach stosowanych u innych świadczeniodawców

.....

Data, godzina i podpis Pacjenta

Należy potwierdzić odrębnie każdy z punktów poniżej z:

Pacjentem/Przedstawicielem ustawowym*:

- umożliwiono zadawanie pytań pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu, dotyczących wszystkich wskazanych powyżej okoliczności związanych z proponowanym oraz możliwym do udzielenia świadczeniem zdrowotnym
- udzielono odpowiedzi oraz wyjaśnień na zadane przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego pytania dotyczące okoliczności związanych z proponowanym oraz możliwym do udzielenia świadczeniem zdrowotnym, które pacjent/przedstawiciel ustawowy zrozumiał i uznał za przystępne, zrozumiałe i wyczerpujące.

.....

Data, godzina i podpis Pacjenta

Uwagi:

Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*:

_____

_____

.....

Data, godzina i podpis Pacjenta

Zgoda na świadczenia zdrowotna została udzielona przez:

Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*:

.....

Data, godzina i podpis Pacjenta

Odmowa zgody na świadczenia zdrowotna ze strony:

Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego*:

.....

Data, godzina i podpis Pacjenta

Lekarz potwierdza, że postępowanie w sprawie pozyskania świadomej zgody pacjenta przebiegło:

- **prawidłowo: X**
- **nie prawidłowo:** ☐

NPWZ:

---

podpis lekarza

Przy ustalaniu terminu badania prosimy o poinformowanie o zażywanych lekach, szczególnie jeśli są to **leki zmniejszające krzepliwości krwi** czyli:

acenokumarol, sintrom, warfaryna, klopidogrelm(Plavix. Areplex, Zylt, Clopidix) ticlopidyna (Ticlid, Ticlo, Aclotin, Apo-Clotin, Infapidin, Brilique.

Leki te powinny być odstawione na 5-7 dni przed badaniem endoskopowym po konsultacji z lekarzem prowadzącym, ewentualnie zastąpione heparyną drobnocząsteczkową

Leki z grupy NOAC – Xarelto, Pradaxa, Eliguis powinny być odstawione na 48 godzin przed badaniem endoskopowym po konsultacji z lekarzem prowadzącym, ewentualnie zastąpione heparyną drobnocząsteczkową

przygotowanie do badania

- należy być na czczo, kolacja dzień wcześniej do godz.18.00
- 6 godz. przed badaniem nie wolno nic pić
- 2 godz przed badaniem nie wolno palić papierosów i żuć gumy
- leki przyjmowane regularnie przyjąć w dniu badania o godz.6.00 i popić niewielką ilością niegazowanej wody
- na badanie należy zabrać wyniki poprzednich badań
- rejestracja tel. 41 24 00000 w godz. 7-18.00
- informacja o wynikach badań histopatologicznych tel. 41 24 00000 w 7-14

termin badania:

dzień.....godzina.....