Świebodzin, ...

DOKUMENT POZYSKANIA ŚWIADOMEJ ZGODY

KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA / ZABIEGOWA / POLIPEKTOMIA

** 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:

Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją / zabiegowa / polipektomia

Rozpoznanie ze skierowania ICD-10:

Wskazania do wykonania badania:

Bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca: zaparcia, biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów , diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinnie obciążonych chorobami jelita grubego /zapalenie jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe/

Opis przebiegu proponowanego badania

Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego. Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna. W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, acard, leki przeciwkrzepliwe, insulina, niesterydowe leki przeciwzapalne. W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach-pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt do odbytnicy a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpierania, wzdęcia. Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pociąganie krezki jelita

o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważa podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter /zmiana nowotworowa, nienowotworowa/. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego ;

1. usunięcie polipów. Jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowego usunięcia leczy się operacyjnie.
2. tamowanie krwawień. Miejsca krwawienia zidentyfikowane podczas badania ostrzykuje się środkami obliterującymi, koaguluje lub zakłada się klipsy metalowe na krwawiące naczynia.
3. udrażnianie zwężeń nienowotworowych: poprzez mechaniczne poszerzanie miejsca zwężenia, nacięcie miejsca zwężenia w granicach bezpieczeństwa, wprowadzenie protezy udrażniającej.
4. udrażnianie zwężeń nowotworowych: niszczenie tkanki nowotworowej sondą argonową, wprowadzenie protezy udrażniającej.

Badanie standardowo wykonuje się w analgosedacji. Analgosedacja to podanie pojedynczych dawek leku rozkurczowego (buscolisin) i silnego opioidowego leku przeciwbólowego (Fentanyl). O sposobie analgosedacji decyduje lekarz przeprowadzający badanie. Niezbędna jest obecność dorosłej osoby towarzyszącej

Istnieje również możliwość znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego. Do jego wykonania niezbędna jest wcześniejsza konsultacja anestezjologiczna, w czasie której o przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

Opis innych dostępnych metod leczenia:

Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi są badania radiologiczne z wlewem środka kontrastowego do światła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. Są one badaniami uzupełniającymi i nie mogą zastąpić badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalającym ocenić światło jelita grubego jest kapsułka endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego ani na przeprowadzenie zabiegów wewnątrz jelita.

Opis powikłań standardowych związanych z proponowanym badaniem

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w rękach doświadczonego endoskopisty. Komplikacje są rzadkie jednakże mogą wystąpić. Średnie ryzyko wystąpienia powikłań szacowane jest na 0.35%. Ryzyko zwiększa się u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, chorobą nowotworową oraz u osób u których wykonuje się jednoczasowo zabiegi endoskopowe w jelicie grubym

1. krwawienie -częstość wstępowania 1-1.5% w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
2. perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1 % po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym – wymaga natychmiastowego leczenia operacyjnego tzw laparotomii celem skontrolowania i zeszycia perforacji
3. mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej - częstość występowania poniżej 1 %
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 badaniu mogą być odczuwalne wzdęcia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita powietrzem podczas badania. Dolegliwości mijają po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można zjeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anestezjologicznej /1-2 godziny/ i nie może w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych a do domu udaje się w towarzystwie osoby dorosłej

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia:

Brak diagnostyki jelita grubego, brak możliwości wdrożenia odpowiedniego przyczynowego leczenia chorób jelita grubego, w przypadku nierozpoznanych i nie leczonych zmian guzowatych nowotworowych i nienowotworowych możliwość wystąpienia niedrożności przewodu pokarmowego

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