

(dane podmiotu i komórki realizującej świadczenie- pieczętka)

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

Na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r., poz. 1070 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069)



* Niepotrzebne skreślić.
Wybrać właściwą odpowiedź.

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Płeć: K M

Data urodzenia:

INFORMACJE O OSOBACH UPRAWNIONYCH DO WYRAŻENIA ZGODY¹

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

PESEL:

OPIS CHOROBY BĘDĄCEJ POWODEM ZGŁOSZENIA SIĘ PACJENTA:

CO TO JEST GASTROSKOPIA?

Gastroskopia jest badaniem endoskopowym, pozwalającym na dokładną ocenę górnego odcinka przewodu pokarmowego. Polega na oglądaniu przełyku, żołądka i dwunastnicy.

ISTOTA GASTROSKOPII I JEJ CEL

Podczas gastroskopii wprowadza się giętki aparat (gastroskop) przez jamę ustną. Przed wprowadzeniem endoskopu gardło znieczula się 10% roztworem lidokainy. Gastroskopia jest badaniem krótkotrwałym, trwającym 3-5 minut; wydłuża się przy konieczności wykonania drobnych zabiegów endoskopowych, np.: pobrania testu urazowego na Helicobacter Pylori, pobrania materiału do badania histopatologicznego, usunięciu polipów żołądka, czy tamowania krwawienia z przewodu pokarmowego i postawienie diagnozy

W razie konieczności pobrania wycinków, moment pobrania materiału nie jest odczuwalny przez chorego i nie wpływa na bezpieczeństwo badania.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

Osoba poddawana badaniu musi być na czczo 7 godzin. Nie przyjmować posiłków i nic nie pić. Osoby regularnie przyjmujące leki nasercowe, przeciw nadciśnieniu, astmie i inne powinny przyjąć zalecane dawki, popijając niewielką ilością wody 2 godziny przed badaniem.

POWIKŁANIA PO ZABIEGU

¹ W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

Gastroskopia jest badaniem mało obciążającym chorego, krótkotrwałym i bezpiecznym. Jest jednak badaniem inwazyjnym i niesie ze sobą niewielkie ryzyko powikłań, do których należą:

- Perforacja przewodu pokarmowego (wyjątkowo).
- Krwawienie z przewodu pokarmowego.
- Wystąpienie innej choroby, wywołanej stresem w czasie zabiegu (np. zaburzeń rytmu serca).

Po zapoznaniu się z tekstem, wyrażam zgodę na gastroskopię.

.....
Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego /opiekuna faktycznego ✎.

.....
Miejscowość i data

W przypadku wątpliwości zapytaj lekarza!

U W A G I

Proszę wypełnić:

1. Czy Pan(i) zażywa leki zmniejszające krzepliwość krwi?

tak ,nazwa leku:

nie

2. Czy jest Pan(i) uczulona na leki ?

Jeśli tak, proszę podać nazwę leku:

nie

3. Prosimy o przyniesienie i pokazanie lekarzowi przed badaniem posiadanej dokumentacji medycznej, np: opisów poprzednich badań endoskopowych, wyników badań histopatologicznych, karty pooperacyjnej (jeśli była wykonana).

W PRZYPADKU WĄTPLIWOŚCI MIAŁAM(EM) MOŻLIWOŚĆ ZADAĆ PYTANIA LEKARZOWI WYKONUJĄCEMU BADANIE.

.....
Podpis pacjenta/ opiekuna prawnego /opiekuna faktycznego ✎.

.....
Miejscowość i data

WYZNACZONA GODZINA BADANIA MOŻE ULEC ZMIANIE ZE WZGLEDU
NA RÓŻNY CZAS TRWANIA ZABIEGU.