GRUPA NOWY SZPITAL

ŚWIADOMA ZGODAPACJENTA NA BADANIE: **KOLONOSKOPIA**

Imię i nazwisko:		
Data urodzenia:		IDP:
Wzrost:	Waga:	Nr księgi głównej:

Badanie, które Panu/Pani proponujemy wymaga zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tym dokumencie oraz ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Kolonoskopię wykonuje się:

1) Jako badanie profilaktyczne raka jelita grubego
2) U pacjentów, u których wykryto polipy jelita grubego lub wcześniej usuwano polipy jelita grubego
3) Przed lub po niektórych zabiegach chirurgicznych
4) Do diagnostyki zaburzeń oddawania stolca lub krwawienia z odbytu
5) Do diagnozowania zmian w śluzówce jelita powodowanych przez choroby zapalne jelita grubego

Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania kolonoskopii z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym, np. usunięcie polipów w razie wykrycia tego typu zmian, co nie jest możliwe w badaniu RTG.

Przeprowadzenie badania:

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu polegającym na oczyszczeniu jelita najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających, zgodnie z przygotowaną przez nas informacją. Instrument służący do kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej za pomocą specjalnych szczypczyków. Zabieg trwa ok. 30 min do 1 godziny. Wynik badania jest przekazywany w formie opisu w dniu badania, a wynik ewentualnego badania histopatologicznego będzie gotowy po około 4 tygodniach do odbioru w rejestracji po otrzymaniu SMS-a z informacją.

Możliwe powikłania:

Powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14% – 0,18%), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają

natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania krążenia.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków anestezjologicznych, prosimy o odpowiedzi na następujące pytania: (niepotrzebne skreślić)

1. Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, usunięciu zębów bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?
TAK NIE

2. Czy podobne objawy występowały wśród członków Pana/Pani rodziny?

TAK NIE

3. Czy pobiera Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Aspiryna, dikumarol itp.)?
TAK NIE

Postępowanie po badaniu:

Po badaniu ze względu na zastosowane znieczulenie nie można pić przez 1 godzinę, a jeść małe i lekkostrawne posiłki po ok 2-3 godzinach przy dobrej tolerancji płynów. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pana/Pani objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Uwaga: Jeśli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am opis badania oraz możliwe powikłania. Wyrażam świadomie i dobrowolnie zgodę na wykonanie proponowanego zabiegu kolonoskopii, jak również na ewentualne, konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi.

_____ _____

Pieczątka i podpis lekarza

Data i podpis pacjenta lub opiekuna ustawowego