

**Informacja dla pacjenta o proponowanej procedurze medycznej oraz oświadczenie
o wyrażeniu, świadomej zgody na wykonanie procedury medycznej
GASTROSKOPIA**



I. Wskazania, oczekiwane korzyści z wykonania proponowanej procedury

Gastroskopia jest badaniem polegającym na oglądaniu wnętrza górnego odcinka przewodu pokarmowego- przełyku, żołądka i dwunastnicy. Metoda pozwala na pobieranie próbek tkanki- biopsja, celem wykonania dodatkowych badań (w kierunku *Helicobacter Pylori*, badanie histopatologiczne).Możliwe jest również leczenie niektórych chorób bez konieczności zabiegu chirurgicznego np. podwiązanie żylaków przełyku, usunięcie polipów, tamowanie krwawień. Podstawowymi wskazaniami do gastroskopii są:

- bóle nadbrzusza, zgaga, odbijania utrzymujące się lub nawracające mimo leczenia,
- bóle w klatce piersiowej po wykluczeniu przyczyn kardiologicznych,
- trudności w połykaniu,
- nawracające nudności i wymioty,
- podejrzenie krwawienia do przewodu pokarmowego,
- nieuzasadniony spadek masy ciała,
- diagnostyka niedokrwistości,
- badanie kontrolne u osób z rozpoznana chorobą wrzodową żołądka/dwunastnicy,
- okresowa kontrola u chorych z żylakami przełyku, marskością wątroby, po zabiegach resekcji żołądka.

II. Podstawowe informacje o proponowanej procedurze

Przed badaniem , chory powinien nie pić minimum 3 godziny i nie jeść przez co najmniej 6 godzin. Leki przyjmowane na stałe należy zażyć, popijając niewielką ilością niegazowanej wody. Bezpośrednio przed badaniem należy usunąć i zabezpieczyć ruchome protezy zębowe i zdjąć okulary. Badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego gastroskopu, który wprowadza się przez usta, przełyk, żołądek do dwunastnicy. Zabieg może być okresami nieprzyjemny- w trakcie zakładania aparatu odruchy wymiotne, uczucie wzdęcia- podawanie powietrza do światła żołądka. W trakcie badania pacjent powinien głęboko oddychać powstrzymując się od połykania śliny. Badanie może być wykonywane w znieczuleniu miejscowym gardła lub w znieczuleniu dożylnym- chory śpi przez cały czas trwania gastroskopii. Czas trwania badania od kilku do kilkunastu minut. Po gastroskopii przez krótki czas może pozostać dyskomfort w gardle, który ustępuje samoistnie. Uczucie wzdęcia również ustępuje w przeciągu kilku godzin. Po ustąpieniu znieczulenia pacjent może przyjmować posiłki – jeśli nie ma przeciwwskazań. Jeżeli badanie było przeprowadzone w znieczuleniu dożylnym , pacjent nie powinien w tym dniu obsługiwać żadnych maszyn/samochodu, a powrót do domu pod opieką osoby towarzyszącej.

Polipectomia- zabieg wycięcia polipa. W czasie wykonywania badania może być stwierdzony polip- łagodny nowotwór, który pozostawiony może zezłośliwieć. Endoskopowe usunięcie polipa za pomocą kleszczyków lub pętli diatermicznej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych, nie wymaga głębokiej narkozy i zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Badanie wykonuje doświadczony lekarz w asyście pielęgniarki. Sprzęt endoskopowy jest przygotowany do badania w specjalnych myjkach. Badanie jest przeprowadzone zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny dla pacjenta.

III. Ewentualne inne sposoby postępowania

- RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego z użyciem środka kontrastowego
- Tomografia komputerowa
- Rezonans magnetyczny

W wymienionych metodach diagnostycznych brak jest możliwości pobrania materiału do badania histopatologicznego.

- Zabieg operacyjny- obciążony większym ryzykiem powikłań pooperacyjnych.

IV. Potencjalne powikłania i ryzyko związane z proponowaną procedurą

Powikłania po gastroskopii zdarzają się wyjątkowo rzadko i najczęściej ustępują samoistnie nie wymagając żadnego leczenia. Inne, mogące wystąpić powikłania to:

- krwawienie z miejsca pobrania wycinka lub po usunięciu polipa,
- drobne uszkodzenia śluzówki ,
- perforacja przewodu pokarmowego (niezwykle rzadko), która może wymagać natychmiastowego

Imię i Nazwisko Pacjenta.....PESEL.....

zabiegu operacyjnego,

- reakcja alergiczna na leki,
- objawy kardiologiczne- zaburzenia rytmu serca,
- zaostrzenie astmy oskrzelowej.

Możliwe jest także wystąpienie innych nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Niektóre powikłania mogą wymagać dalszego leczenia, mogą być także przyczyną zagrożenia życia.

V. Możliwe następstwa rezygnacji z proponowanej procedury

Odstąpienie od proponowanej procedury diagnostyczno- terapeutycznej może przyczynić się do dalszego postępu choroby w związku z opóźnieniem w podjętym leczeniu. W konsekwencji może to stanowić zagrożenie dla życia.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o pytania.

Lekarz postara się wyjaśnić Państwu wszystko odnośnie badania i jego przebiegu.

Pielęgniarka udzieli wyjaśnień w zakresie przygotowania do badania.

W celu zmniejszenia ryzyka powikłań, prosimy odpowiedzieć na następujące pytania

Poprawną odpowiedź zakreślić kółkiem

1. Czy istnieje u Państwa zwiększona skłonność do krwawień po zranieniu lub usunięciu zębów?
TAK / NIE

2. Czy zaobserwowali Państwo skłonność do powstawania „siniaków” na skórze?
TAK / NIE

3. Czy przyjmują Państwo leki:

przeciwnkrzepliwe: Acenocumarol, Sintrom, Syncumar, Warfin, Clexan, Fraxiparyna, Fraxodi, Xarelto

TAK / NIE

przeciwpłytkowe: Aclostin, Ticlo, Apo-clodin, KlopidoGrel, Zyt Plavix, Areplex

TAK / NIE

przeciwzapalne: Majamil, Voltaren, Diclac, Diclo -Duo, Piroxicam, Ibuprofen, Ketonal, Febrofen

TAK / NIE

4. Czy są Państwo uczuleni na środki znieczulające, leki, jodynę?

TAK / NIE

5. Czy są Państwo leczeni z powodu chorób serca lub płuc- wada serca, zaburzenia rytmu serca, choroba wieńcowa, nadciśnienie, astma oskrzelowa?

TAK / NIE

6. Czy są Państwo leczeni z powodu innych chorób przewlekłych- jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne?

TAK / NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

7. Czy byli Państwo dotychczas operowani?

TAK/NIE

Proszę wymienić operację te, szczególnie wykonywane w obrębie jamy brzusznej:

8. Czy jest Pani w ciąży?

TAK/NIE

OŚWIADCZENIA

I. Oświadczenia pacjenta

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/łam się z treścią formularza informacji o proponowanej procedurze gastroscopii
- 2) zostałem poinformowany /a o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, możliwościach i proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, o dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, spodziewanym wyniku leczenia oraz rokowaniu. Lekarz przedstawił cel zabiegu, możliwe powikłania oraz ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem. Miałem/łam możliwość zadawania

Imię i Nazwisko Pacjenta.....PESEL.....

pytań i otrzymałem/łam na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe.
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej

i oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis przedstawiciela ustawowego

II. Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że przedstawiłem pacjentowi oraz jego/jej przedstawicielowi ustawowemu planowany sposób leczenia zgodnie z wiedzą medyczną, udzieliłem informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody bądź odmowę na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz poinformowałem o możliwych następstwach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej.

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza