POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. W KLUCZBORKU

Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku
Pracownia Badań Endoskopowych
46-200 Kluczbork
Tel. 77 4173532

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PROCEDURĘ MEDYCZNĄ

ZGODA NA PANENDOSKOPIĘ (GASTROSKOPIĘ)

Badane, które Pani/panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić decyzję, informujemy Panią/Pana o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

PANENDOSKOPIA (GASTROSKOPIA) – czyli endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego, pozwala na obejrzenie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Jest najskuteczniejszą metodą oceniającą tę część przewodu pokarmowego. W trakcie badania istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii Helicobacter Pylori, lub pobrania wycinków do badania histopatologicznego, w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipów i innych zmian.

JAK PRZEPROWADZA SIĘ BADANIE

Co najmniej 8 godzin przed badaniem nie powinno się jeść ani pić. Przed wykonaniem badania należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Znieczulenie miejscowe gardła polega na spryskaniu lignokainą w aerozolu tylnej ściany gardła. Badanie przeprowadzane jest w pozycji leżącej na lewym boku. Po założeniu plastikowego ustnika, lekarz wprowadza giętki fibroskop średnicy około 1cm. Moment ten jest nieprzyjemny, daje uczucie dławienia, wymaga współpracy pacjenta z lekarzem. Dalsze oglądanie trwa zwykle kilka minut, jest bezbolesne, podobnie jak pobieranie wyników. Każdy instrument do badania jest dezynfekowany, a szczypczyki służące do pobierania wyników sterylizowane, co zabezpiecza przed zakażeniem.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednak absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo rzadko może dojść do przedziurawienia przewodu pokarmowego lub krwawienia- ryzyko tego typu powikłań ocenia się na 0,007%. Rzadko dochodzi do powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego i oddechowego u osób z przewlekłymi schorzeniami tych narządów.

Aby ograniczyć ryzyko związane z proponowanym badaniem prosimy o odpowiedź na następujące pytania (proszę podkreślić właściwą odpowiedź):

1.	Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień?	**TAK**	**NIE**
2.	Czy występowały u Pani/Pana objawy uczelnia na środki lecznicze lub znieczulające?	**TAK**	**NIE**
3.	Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (jeżel TAK to jakie i kiedy Pani/Pan przyjmował ostatnią dawkę?)	**TAK**	**NIE**
4.	Czy pobiera Pani/Pan leki przeciw wrzodowe, osłonowe na żołądek lub przeciwrefluksowe? (jeżel TAK to jakie i kiedy przyjął Pan/Pani ostatnią dawkę?)	**TAK**	**NIE**
5.	Czy w ciągu ostatniego miesiąca pobierała Pani/Pan antybiotyk? (Jeśli TAK to jakie?)	**TAK**	**NIE**

POSTĘPOWANIE PO BADANIU

2 godziny po badaniu nie należy jeść ani pić, aby uniknąć zachłyśnięcia.

Prosimy pytać, jeśli coś jest dla Pani/pana niejasne.

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania oraz ewentualne pobranie wycinków.

Imię i nazwisko ..... Data i podpis .....

PESEL .....