

## Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Imię i nazwisko pacjenta.....

pesel pacjenta: .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

### FORMULARZ ZGODY – GASTOSKOPIA/ PANEDNOSKOPIA/ DIAGNOSTYCZNA/ZABIEGOWA

**Wskazania do wykonania badania/zabiegu:** zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego, operacyjnego, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastroskopii zabiegowej: usuwanie ciał obcych, endoskopowe leczenie żylaków przełyku, usuwanie zmian patologicznych, leczenie endoskopowe zwężeń przełyku, usuwanie polipów, niektórych zmian nowotworowych, założenie PEG (przezskórnej endoskopowej gastrostomii)

**Opis przebiegu proponowanego badania:** gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić przełyk, żołądek oraz dwunastnicę. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta do przełyku, żołądka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badanie pozwala na dokładną ocenę błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych. Pobranie wycinków do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym (żel lignokainowy na końcówce gastroskopu), a jeżeli są wskazania – w znieczuleniu ogólnym. O rodzajach znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

**Badania alternatywne do gastroskopii:** badanie radiologiczne z kontrastem, endoskopia kapsułkowa, tomografia komputerowa. Badania wymienione nie pozwalają na precyzyjną ocenę narządów, nie pozwalają na pobranie materiału do badania histopatologicznego, nie pozwalają na wykonanie zabiegów endoskopowych

#### Możliwe powikłania:

1. perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych i do 17% po zabiegach endoskopowych – najczęściej wymaga leczenia operacyjnego
2. krwawienie - częstość występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, 1-1,5% po zabiegach endoskopowych – w większości wypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie śluzówki – częstość występowania poniżej 1% – w większości wypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
4. działanie niepożądane po żelu lignokainowym – częstość występowania poniżej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo – naczyniowego – częstość występowania poniżej 1%
6. uszkodzenie śledziony poniżej 1%

Po gastroskopii może wystąpić wzdęcie, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej – objawy ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki po 2 godzinach po badaniu. Po zabiegach endoskopowych może być konieczna hospitalizacja.

Następstwem rezygnacji z proponowanego badania jest brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego zachowawczego lub operacyjnego.

---

**OŚWIADCZENIE PACJENTA:** Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem(am) wyczerpująco poinformowany(a) przez (pieczętka lekarza udzielającego informację):

..... o proponowanym rodzaju i metodzie badania/zabiegu, o metodach alternatywnych, o najczęściej występujących następstwach i możliwych powikłaniach, a także o następstwach i powikłaniach rzadkich, których nie można wykluczyć i wyrażam świadomą zgodę na rozpoczęcie proponowanego badania/zabiegu.

Informacja przekazana przez lekarza przed przystąpieniem do badania/zabiegu była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała.

Oświadczam, iż miałem(am) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego badania/zabiegu i otrzymałem(am) na nie odpowiedź.

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

**Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu.**

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

**Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu.**

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego: .....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego badania/zabiegu

.....  
.....  
.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego nie zataiłem(am) istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:.....

**Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie badania/zabiegu:**

.....