

Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Imię i nazwisko pacjenta.....

Pesel pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego.....

FORMULARZ ZGODY – KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA

Wskazania do wykonania badania/zabiegu: bóle brzucha, zmiana rytmu wypróżnień, zaparcia, biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po ich usunięciu, diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego i dystalnej części jelita cienkiego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinie obciążonych chorobami jelita grubego (zapalenie, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe).

Opis przebiegu proponowanego badania lub zabiegu: kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą ocenić ten fragment przewodu pokarmowego. Jelito musi być dokładnie oczyszczone - schemat oczyszczenia dostają Państwo podczas umawiania terminu badania (pacjenci hospitalizowani są przygotowywani w szpitalu). **W przypadku nieodpowiedniego przygotowania badanie może być bolesne, niediagnostyczne oraz niebezpieczne. Z tego powodu lekarz przeprowadzający badanie może podjąć decyzję o jego przerwaniu.** W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach a w wyjątkowych przypadkach na brzuchu. Pozycje podczas badania mogą ulegać zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt do odbytnicy a następnie do pozostałych odcinków jelita grubego a w niektórych przypadkach do dystalnej części jelita cienkiego. Do jelita może być pompowane powietrze, które może powodować uczucie rozpierania, wzdęcia. Dolegliwości bólowe mogą wystąpić podczas badania - należy o tym poinformować lekarza wykonującego badanie. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważa podejrzaną zmianę – pobiera wycinki do badania histopatologicznego. W trakcie badania możliwe jest wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego: usunięcie polipów, tamowanie krwawień, udrażnianie zwężeń nienowotworowych i nowotworowych. Badanie wykonuje się w znieczuleniu dożylnym lub ogólnym (znieczulenie w asyście anestezjologicznej). O rodzaju znieczulenia ogólnego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

Badania alternatywne do kolonoskopii: 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 3% po zabiegach endoskopowych – najczęściej wymaga leczenia operacyjnego
2. krwawienie - częstość występowania 1-1,5% – w większości wypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie śluzówki – częstość występowania poniżej 1% – w większości wypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
4. reakcja na podawane leki – częstość występowania poniżej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo – naczyniowego – częstość występowania poniżej 1%
6. uszkodzenie śledziony poniżej 1%

Po kolonoskopii 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.

W dniu badania pacjent nie może prowadzić pojazdów mechanicznych.

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:

.....