medpharma

KONTAKT:
+ 48 585 601 601
biuro@medpharma.pl
medpharma.pl

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG
DIAGNOSTYCZNY LUB TERAPEUTYCZNY
KOLONOSKOPIA

Pracownia endoskopii
Dane identyfikujące pacjenta

Imię:.....

Nazwisko:.....

Pesel/Data urodzenia:.....

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?
Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. W celu diagnostyki charakteru zmian chorobowych lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać badania diagnostyczne. Istnieją dwa sposoby badania: (1) poprzez endoskopową ocenę jelita grubego, bądź (2) wykonanie badania radiologicznego.
Ocena endoskopowa jelita jest dokładniejsza od badania radiologicznego. W trakcie kolonoskopii możliwe jest pobranie wycinków i przeprowadzenie zabiegu terapeutycznego.

I. Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach, ze względu na stan ogólny pacjenta uniemożliwiający tego typu przygotowanie, czyszczenie jelita polega na kilkudniowej głodówce, połączonej z licznymi doodbytniczymi wlewami czyszczącymi.
Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być bolesny. Kolonoskop poddawany jest dokładnej dezynfekcji przed każdym badaniem. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki.
Powikłania zabiegu zdarzają się rzadko, jednak nie da się ich w pełni wyeliminować (0,35 %). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14- 0,18%), krwawienie (0,008%), które niekiedy wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest niezmiernie rzadka.

II. Polipektomia

W czasie wykonywania badania mogą być stwierdzone polipy. Doniesienia naukowe oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają, że polip to łagodny nowotwór, który pozostawiony może przejść przemianę w zmianę złośliwą histologicznie . Zapobiegamy temu przez wykonanie polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa. Istnieją dwa sposoby przeprowadzenia tej operacji: (1) poprzez przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna), bądź (2) z wykorzystaniem endoskopu (za pomocą kleszczyków bądź pętlą diatermiczną).
Zastosowanie techniki endoskopowej zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań operacyjnych, najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga głębokiej narkozy. Nie bez znaczenia jest również fakt braku blizny na skórze oraz szybki powrót do normalnej aktywności życiowej po zabiegu.

III. Przeprowadzanie zabiegu polipektomii

Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego oraz po ocenie możliwości technicznych wykonania zabiegu, polipy usuwa się za pomocą kleszczyków bądź zarzucając pętlę na szypułę polipa i przepala ją przepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się usunięte polipy i przesyła do oceny mikroskopowej. Możliwe jest również stopniowe usuwanie większych zmian kawałek po kawałku, techniką „kęsową". Należy podkreślić, że zabiegi te są niebolesne. W niektórych przypadkach, przy bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule, nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i trzeba wówczas wyciąć go metodą chirurgiczną.

IV. Możliwe powikłania

W trakcie polipektomii może się zdarzyć obfite krwawienie z szypuły polipa, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać operacji. Ryzyko wystąpienia powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka. W trakcie kolonoskopii możliwe jest również zatamowanie krwawienia (za pomocą ostrzykiwania miejsca krwawienia, koagulacji miejscowej beamerem argonowym, założenie klipsa).
Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestezjologicznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

KONTAKT:
+ 48 585 601 601
biuro@medpharma.pl
medpharma.pl

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zęba, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?
   Tak / Nie
2. Czy takie objawy zdarzały się wśród członków Państwa rodziny?
   Tak / Nie
3. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na jakiekolwiek środki spożywcze lub lecznicze?
   Tak / Nie
4. Czy pobiera Pani/Pana leki wpływające na krzepliwość krwi (np. polopiryna, acenokumarol, itp.)?
   Tak / Nie
5. Czy przyjmuje Pani/Pan leki neuroleptyczne (stosowane np. w schizofrenii)?
   Tak / Nie

V. Postępowanie po badaniu

W przypadku stosowania znieczulenia ogólnego nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin przed zabiegiem. Pojawienie się jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.
Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu, nie wolno prowadzić pojazdów Mechanicznych po zabiegu w dniu zabiegu i konieczna jest opieka drugiej osoby.
Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo, jeśli chcecie wiedzieć więcej o badaniu, wymienionych powikłaniach bądź innych problemach związanych z proponowanym badaniem.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Oświadczam, że dnia .....r. w rozmowie z lekarzem .....

1. Otrzymałam/em informację o tym, jaki jest **cel badania** i spodziewane wyniki.
2. Zostałam/em poinformowany o **ryzyku** związanym z badaniem i możliwych powikłaniach.
3. Umożliwiono mi **zadawanie pytań** dotyczących badania i uzyskałam/em na nie wyczerpujące odpowiedzi.
4. Zostałam/em poinformowana/y, że **mogę nie zgodzić się** na proponowane badanie, oraz poinformowano mnie o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.
5. Zostałam/em poinformowana/y, że w każdej chwili **mogę wycofać zgodę** na badanie.
6. Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku **ZABIEGU WYKONYWANEGO ODPŁATNIE (NIE** w ramach Świadczeń Gwarantowanych przez NFZ) akceptuję dopłaty z tytułu pobranych wycinków do badań.

Wyrażam świadomą zgodę uwzględniając powyższe informacje na przeprowadzenie u mnie badania kolonoskopii.

Data i Czytelny podpis pacjenta/opiekuna pacjenta* .....

Data i podpis i pieczątka lekarza .....

* UWAGA: W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy.
W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.