

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta: **JAN NOWAK**.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:.....

PESEL/Data urodzenia Pacjenta: **70010100000**.....

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

GASTROSKOPIA /PANENDOSKOPIA/ DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA

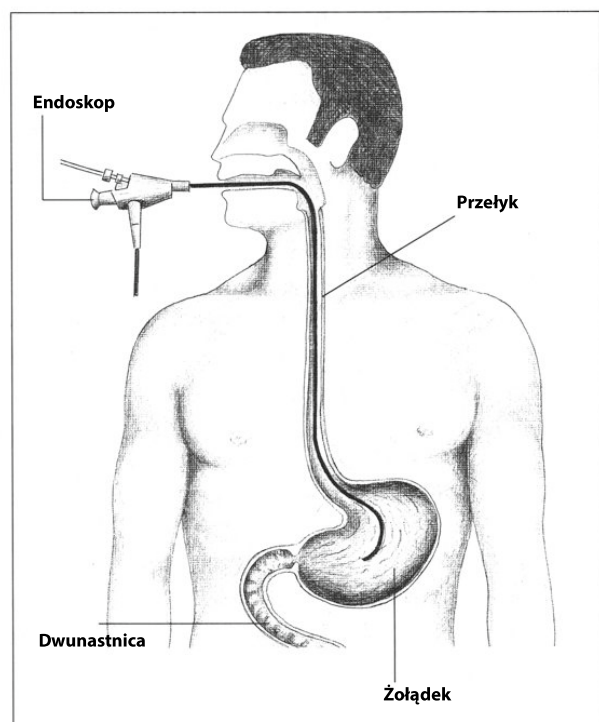
III Wskazania do wykonania gastrokopii

Wskazania do gastrokopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby organicznej /choroby wrzodowej, nowotworowej/, podejrzenie uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu /choroba refluksowa, przełyk Barretta, niedokrwistość złośliwa/, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastrokopii zabiegowej: usuwanie ciał obcych, leczenie żylaków przełyku, udrażnianie zwężeń, usuwanie zmian patologicznych /polipów, niektórych zmian nowotworowych/.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej, badania

Gastroskopia /panendoskopia/ jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić przełyk, żołądek, oraz znaczną część dwunastnicy. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta lub nos do przełyku, a następnie 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, widoczne są zmiany chorobowe błony śluzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, żołądka i dwunastnicy, fałdy, widoczność naczyń krwionośnych, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych i dlatego może być wykonywana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również ambulatoryjnie. Najczęściej celem badania jest diagnostyka (rozpoznawanie) chorób przewodu pokarmowego, między innymi: żylaków, uchyłków, zmian zapalnych, choroby wrzodowej, chorób bakteryjnych i grzybiczych, zmian spowodowanych działaniem czynników chemicznych, diagnostyka i wykluczenie zmian nowotworowych, ustalenie miejsca krwawienia.



Pobranie wycinków do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Różnorodność narzędzi endoskopowych umożliwia wykonanie pewnych zabiegów takich jak: 1. leczenie żyłaków przełyku poprzez ich ostrzykiwanie środkami obliterującymi, klejami tkankowymi czy zakładaniem opasek gumowych, 2. usuwanie ciał obcych, 3. usuwanie polipów i zmian płaskich, 4. udrażnianie zwężeń nowotworowych i nienowotworowych poprzez mechaniczne poszerzanie, niszczenie tkanek patologicznych sondą argonową lub laserem, wprowadzenie protez udrażniających, 5. zamykanie przetok, 6. zakładanie przetok odżywczych co pozwala na uniknięcie leczenia operacyjnego. Badanie diagnostyczne wykonywane jest w trybie ambulatoryjnym, gastroscopia z wykonaniem zabiegu endoskopowego zazwyczaj wymaga hospitalizacji. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym gardła lub jeżeli są wskazania w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeń z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

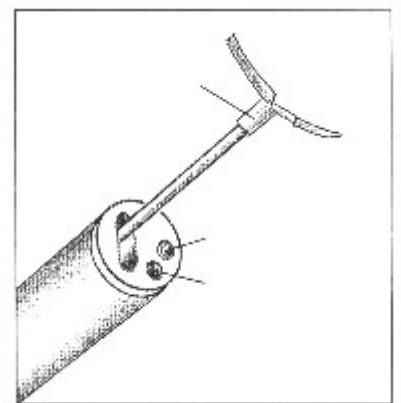
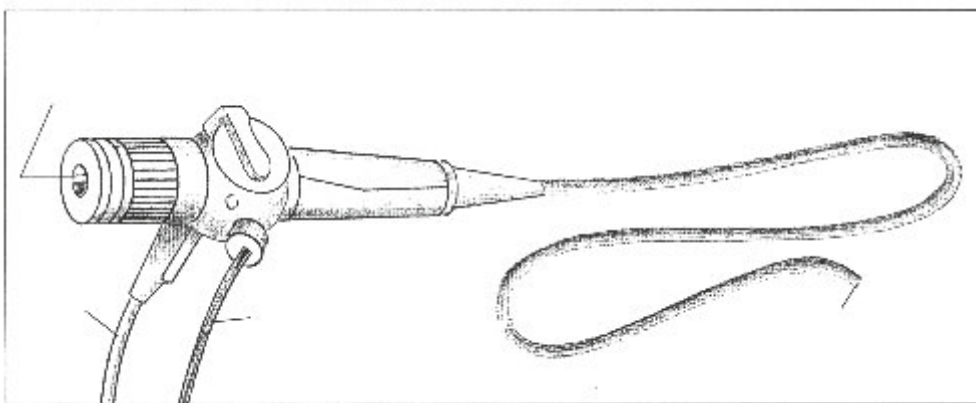
V Opis innych dostępnych metod leczenia

Badania alternatywne do gastroscopii: badanie radiologiczne w kontrastem, endoscopia kapsułkowa, tomografia komputerowa, Badania te nie pozwalają na precyzyjną i dokładną ocenę badanych narządów, na pobranie materiału do badania histopatologicznego, nie pozwalają też na wykonanie zabiegów endoskopowych

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub badaniem

Gastroscopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego endoskopistę. Jako metoda inwazyjna obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań.

1. perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1 % w badaniach diagnostycznych do 17% po zabiegach endoskopowych-najczęściej wymaga leczenia operacyjnego
2. krwawienie - częstość wstępowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, 1-1,5% po zabiegach endoskopowych- w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie śluzówki-częstość występowania poniżej 1%-leczenie zachowawcze
4. reakcja na podawane leki - częstość występowania poniżej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – częstość występowania poniżej 1 %



VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

Imię i nazwisko Pacjenta **JAN NOWAK** PESEL **7001010000**

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po gastroskopii może występować wzdęcie, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej. Objawy ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po zabiegach endoskopowych konieczna może być hospitalizacja a jej okres zależy od wykonanego zabiegu endoskopowego /zazwyczaj 24-48godzin/.

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania i leczenia

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego zachowawczego lub operacyjnego.

X Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

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

Data i podpis pacjenta **31.10.2022 r. Jan Nowak**.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania

Data i podpis pacjenta **31.10.2022 r. Jan Nowak**.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu)

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

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta **31.10.2022 r. Jan Nowak**.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* niepotrzebne skreślić

KWESTIONARIUSZ

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania jak najdokładniej, celem uniknięcia dodatkowego ryzyka. Proszę zaznaczyć krzyżykiem, podkreślić lub uzupełnić odpowiedzi. W razie problemów w wypełnieniu ankiety, chętnie Państwu pomożemy.

JEŻELI ZAZNACZYMY TAK, PODKREŚLAMY CZEGO TO SIĘ TYCZY

1. Czy miał/a Pan/i operację żołądka, jelit, płuc, serca ? **kolano,** TAK NIE
2. Czy cierpi Pan/i na przewlekłe infekcje (np. WZW, HIV, gruźlica i inne) ? TAK NIE
3. Czy przyjmuje Pan/i leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Heparyny)
Fraxiparyna, Clexan, Fluxum), aspirynę, inne leki przeciwzapalne), leki nasenne, przeczyszczające, **PRESTARUM 5mg**
od nadciśnienia, antykoncepcyjne ? TAK NIE
4. Czy choruje Pan/i na hemofilię, czy występują zaburzenia krzepnięcia krwi
(np. obfite krwawienia, zwracające uwagę przedłużające się krwawienia
po niewielkich obrażeniach, sine przebarwienia (siniaki) bez wyraźnej
przyczyny albo przy małym dotknięciu, niedokrwistość), czy w Państwa
rodzinie występują dziedziczne skazy krwotoczne ? TAK NIE
5. Czy choruje Pan/i na alergię (katar sienny, astmę alergiczną), **pyłki traw**
nadwrażliwość na środki spożywcze, leki, antybiotyki, środki kontrastowe,
Jod, latex, miejscowe środki znieczulające ? TAK NIE
6. Czy choruje Pan/i na choroby układu sercowo-naczyniowego albo płuc (na
przykład. wada serca, schorzenia zastawek serca, zaburzenia rytmu
serca, zawał mięśnia sercowego, dusznica bolesna, podwyższone
ciśnienie tętnicze krwi, przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa)? TAK NIE
7. Czy ma Pan/i wszczepione implanty (np. protezy stawowe, rozrusznik serca i inne) ? **kolano,** TAK NIE
8. Czy choruje Pan/i na choroby przewlekłe (np. jaskra, padaczka, niedowłady) ? TAK NIE
9. Czy choruje Pan/i na cukrzycę? Czy przyjmuje Pan/i insulinę? Czy leczy się Pan/i doustnymi lekami
obniżającymi poziom cukru ? TAK NIE
10. Pytanie do kobiet w wieku rozrodczym: Czy jest Pani w ciąży ? TAK NIE
11. Czy miał/a Pan/i badanie gastroskopowe? TAK NIE