

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

KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA

III. Wskazania do wykonania kolonoskopii

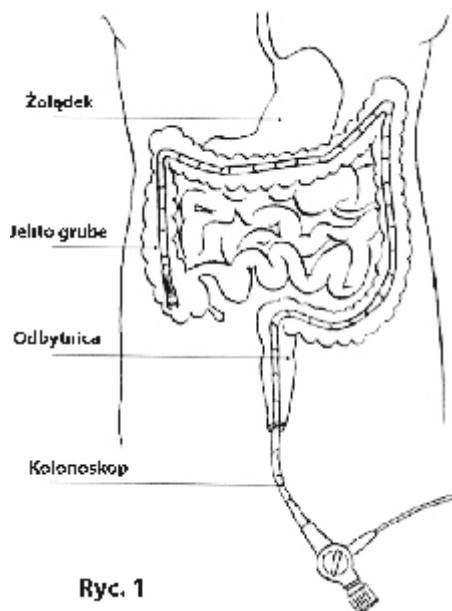
Bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca: zaparcia, biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów, diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinie obciążonych chorobami jelita grubego /zapalenie jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe/

IV. Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego.

Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna.

W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, acard, leki przeciwkrzepliwe, insulina, niesterydowe leki przeciwzapalne. W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach-pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt do odbytnicy a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpierania, wzdęcia. Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pociąganie krezki jelita o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerywania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważy podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej



Ryc. 1

charakter /zmiana nowotworowa, nienowotworowa/. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych urywając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego ; 1. usunięcie polipów. Jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowego usunięcia leczy się operacyjnie. 2. tamowanie krwawień. Miejsca krwawienia zidentyfikowane podczas badania ostrzykuje się środkami obliterującymi, koaguluje lub zakłada się klipsy metalowe na krwawiące naczynia. 3. udrażnianie zwężeń nienowotworowych: poprzez mechaniczne poszerzenie miejsca zwężenia, nacięcie miejsca zwężenia w granicach bezpieczeństwa, wprowadzenie protezy udrażniającej 4. udrażnianie zwężeń nowotworowych: niszczenie tkanki nowotworowej sondą argonową, wprowadzenie protezy udrażniającej Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

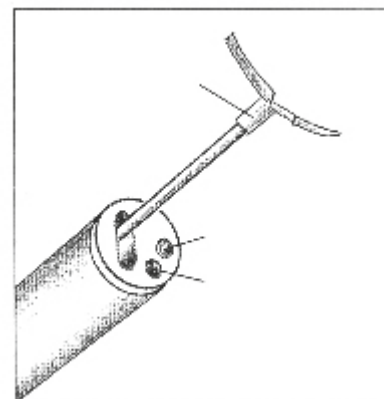
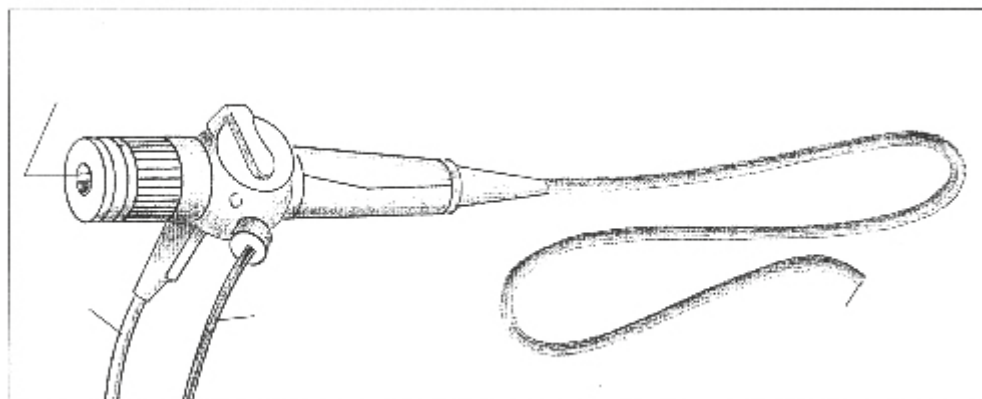
V. Opis innych dostępnych metod leczenia

Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi są badania radiologiczne z wlewem środka kontrastowego do światła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. Są one badaniami uzupełniającymi i nie mogą zastąpić badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalającym ocenić światło jelita grubego jest kapsułka endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego ani na przeprowadzenie zabiegów wewnątrz jelita.

VI. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w rękach doświadczonego endoskopisty. Komplikacje są rzadkie jednakże mogą wystąpić. Średnie ryzyko wystąpienia powikłań szacowane jest na 0.35%. Ryzyko zwiększa się u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, chorobą nowotworową oraz u osób u których wykonuje się jednocześnie zabiegi endoskopowe w jelicie grubym

1. krwawienie -częstość występowania 1-1.5% w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
2. perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1 % po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym - najczęściej wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej - częstość występowania poniżej 1 %
4. reakcja na podawane leki - częstość występowania poniżej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – częstość występowania poniżej 1 %



VII. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po badaniu mogą być odczuwalne wzdęcia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita powietrzem podczas badania. Dolegliwości mijają po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można zjeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anestezjologicznej /1-2 godziny/ i nie może w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych.

VIII. Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania

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

X. Oświadczenie pacjenta

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

Oświadczam, i 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 proponowanej operacji

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

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

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

XI. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

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

.....

.....

.....

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 ? **KRĘGOSŁUP** 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) **ACENOCUMAROL** (Fraxiparyna, Clexan, Fluxum), aspirynę, inne leki przeciwzapalne), leki nasenne, przeczyszczające, 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), **BISEPTOL** 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) ? TAK NIE
8. Czy choruje Pan/i na choroby przewlekłe (np. jaskra, padaczka, niedowład) ? 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 kolonoskopowe? TAK NIE