

**F-166 INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU –
GASTROSKOPIA/PANENDOSKOPIA/DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wpis lub etykieta)

PESEL:

Nr Ks. Gł.

Oddział.....

1. WSKAZANIA DO GASTROSKOPII/PANENDOSKOPII

Wskazania do gastrokopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby organicznej /choroby wrzodowej, nowotworowej/, podejrzenie uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemii, 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/.

2. OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEGO 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 żylaków 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, gastroskopia 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 zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

Alternatywne metody leczenia Pani/Pana schorzenia obejmują:

Badania alternatywne do gastrokopii: badanie radiologiczne w kontrastem, endoskopia 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.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Gastroskopia 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 występowania 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 %

**F-166 INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU –
GASTROSKOPIA/PANENDOSKOPIA/DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA****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/.

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

4. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże☐ średnie☐ ograniczone

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

5. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W trakcie wykonywania czynności, o których mowa powyżej, mogą wystąpić okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby grozić Panu/Pani niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku, lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej.

6. MOŻLIWE ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA

W czasie zabiegu możemy stwierdzić istnienie okoliczności, które mogą wymagać modyfikacji lub rozszerzenia wstępnie proponowanego zabiegu, w zakresie:

.....

Prosimy o wyrażenie zgody także i na tę okoliczność. Przy braku Pana/Pani zgody, zabieg musiałby zostać przerwany i powtórnie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pana/Pani zdrowia.

7. ROZMOWA Z LEKARZEM

Powyższe informacje mają służyć zrozumieniu przez Pana/Panią czynności podejmowanych przez personel medyczny w celu poprawy stanu zdrowia. Powyższy tekst nie ma na celu wywołania u Pani strachu przed zabiegiem, lecz jest jedynie informacją o nim. Jego celem jest również uświadomienie pacjentom, że każdy, nawet najmniejszy zabieg może być obciążony komplikacjami. W razie jakichkolwiek wątpliwości, niezrozumienia całości lub fragmentu informacji prosimy o zgłaszanie się do lekarza prowadzącego.

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentce w sposób zrozumiały planowany sposób leczenia oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu.

Piaseczno, dnia

.....
podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego

**F-166 INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU –
GASTROSKOPIA/PANENDOSKOPIA/DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA**

Imię i nazwisko pacjenta:

Formularz świadomej zgody na zabieg

1. Oświadczam, że, zostałem/am szczegółowo i w sposób zrozumiały poinformowany przez lekarza o:

- rozpoznaniem u mnie schorzeniu, które będzie leczone poprzez przeprowadzenie zabiegu,
- sposobie i metodzie prowadzenia zabiegu,
- innych dostępnych, alternatywnych metodach leczenia,
- ryzyku i zagrożeniach związanych z przeprowadzeniem zabiegu oraz ewentualnych dających się przewidzieć konsekwencjach,
- sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- tym, że w trakcie zabiegu mogą wystąpić trudne do przewidzenia wcześniej okoliczności, których nieuwzględnienie mogłoby mi grozić niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. W takim przypadku lekarz będzie uprawniony do podjęcia działań i/lub środków w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej,
- konieczności odpowiedniego przygotowania do zabiegu, postępowania w trakcie i po przeprowadzeniu zabiegu,
- możliwości wycofania wcześniej udzielonej świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu,
- konsekwencjach niewyrażenia zgody na proponowany zabieg lub zabiegi alternatywne,
- konieczności stosowania się do przekazanych mi zaleceń,
- konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne.

2. Oświadczam, że:

- miałem/am możliwość zadawania pytań lekarzowi i przedstawienia mu swoich wątpliwości, a na zadane pytania uzyskałem zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi,
- jestem świadomy/a, że z proponowanym zabiegiem wiąże się ryzyko wystąpienia powikłań zarówno śródzabiegowych jak i pozabiegowych.
- Udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie moich przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwości, schorzeń i chorób, przyjmowanych leków, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o przebytych zabiegach oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny, przyjmowanych używkach, w szczególności takich jak alkohol, nikotyna oraz ilości i częstotliwości ich przyjmowania,
- wyrażam zgodę na przeniesienie mnie innej placówki ochrony zdrowia zgodnie z decyzją lekarza, jeżeli wymagałby tego mój stan.
- zapoznałem/em się z treścią niniejszego formularza, jest on dla mnie zrozumiały.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu**GASTROSKOPII/PANENDOSKOPII/DIAGNOSTYCZNEJ/ZABIEGOWEJ**

☐ **Zgadzam się** ☐ **nie zgadzam** na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu
w zakresie, o którym mowa w punkcie 6 (jeżeli dotyczy)

Data i godzina.....

.....
podpis, pieczętka lekarza operującego.....
podpis, pieczętka lekarza kwalifikującego.....
podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna***Nie zgadzam się na proponowane mi leczenie.**Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia......
Data i godzina, podpis i pieczętka lekarza kwalifikującego.....
podpis pacjenta lub uprawnionego opiekuna***UWAGA:**

* W przypadku osób do 16-go roku życia / ubezwłasnowolnionych zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny.

* W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny oraz pacjent

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:.....
pieczętka i podpisy 2 lekarzy: kwalifikującego/operującego/drugiego specjalisty: Data i godzina: