

**F-167 INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU –
KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA (wpis lub etykieta)

PESEL:

Nr Ks. Gł.

Oddział.....

1. WSKAZANIA DO 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/

2. OPIS PRZEBIEGU PROPONOWANEGO BADANIA:

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 oczyszczone 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 przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważa podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter /zmiana nowotworowa, nienowotworowa/. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając 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 lecz 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 poszerzanie 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.

Alternatywne metody leczenia Pani/Pana schorzenia obejmują:

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.

3. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

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 wstępowania 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 %

**F-167 INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU –
KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA I ZABIEGOWA****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.

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego zabiegu jest w Pana/Pani przypadku:

☐ duże☐ średnie☐ ograniczone

Brak diagnostyki jelita grubego, brak możliwości wdrożenia odpowiedniego przyczynowego leczenia chorób jelita grubego, w przypadku nierozpoznanych i nieleczonych zmian guzowatych nowotworowych i nienowotworowych możliwość wystąpienia niedrożności przewodu pokarmowego.

4. 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.

5. 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.

6. 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-167 INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
 NA PRZEPROWADZENIE ZABIEGU –
 KOLONOSKOPIA 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 procedury medycznej
KOLONOSKOPII 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, pieczęć lekarza operującego

.....
podpis, pieczęć 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 pieczęć 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:

.....
 pieczęć i podpisy 2 lekarzy: kwalifikującego/operującego/drugiego specjalisty: Data i godzina: