

# ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE GASTROSKOPII

.....  
IMIĘ I NAZWISKOPACJENTA  
.....

.....  
TELEFON KONTAKTOWY  
.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CEL BADANIA

Gastroskopia jest badaniem endoskopowym umożliwiającym bezpośrednią, wizualną ocenę błony śluzowej przełyku, żołądka i dwunastnicy.

Badanie wykonuje się w celu:

- diagnostyki dolegliwości bólowych brzucha
- diagnostyki zgagi, nudności i wymiotów
- wykrycia choroby wrzodowej, polipów i zmian nowotworowych
- oceny żylaków przełyku
- rozpoznania stanów zapalnych błony śluzowej
- pobrania wycinków do badania histopatologicznego lub testu na *Helicobacter pylori*
- kontroli po przebytych leczeniu

Prosimy o przestrzeganie poniższych zaleceń dotyczących przygotowania do badania

- Przed badaniem należy pozostawać na czczo przez co najmniej 6 godzin (nie jeść ani nie pić).
- Leki przyjmowane rano (np. kardiologiczne, przeciwpadaczkowe, obniżające ciśnienie krwi) należy popić minimalną ilością wody
- O przyjmowanych lekach przeciwzakrzepowych (Acenokumarol, Warfaryna, Dabigatran, Rywaroksaban) i przeciwplatekcyjnych (Aspiryna, Kłopidogrel) należy poinformować lekarza prowadzącego – lekarz zdecyduje o ewentualnym ich odstawieniu
- W dniu badania nie należy palić papierosów ani żuć gumy.
- Należy zabrać wyniki wcześniejszych badań (gastroskopia, USG, wyniki laboratoryjne).

PRZEBIEG BADANIA

Przed badaniem gardło zostaje znieczulone miejscowo za pomocą Lidocainy w aerozolu. Na prośbę pacjenta lub ze wskazań medycznych możliwe jest podanie dożylnie leków uspokajających i/lub przeciwbólowych (sedacja).

1. Przed badaniem należy wyjąć protezy zębowe
2. Pacjent układa się na lewym boku z ustnikiem w jamie ustnej.
3. Elastyczny endoskop (giętka sonda z kamerą i źródłem światła) jest wprowadzany przez usta lub nos do przełyku, żołądka i dwunastnicy.
4. W trakcie badania, jeśli zaistnieje potrzeba, mogą zostać pobrane wycinki błony śluzowej, a w przypadku stwierdzenia polipów zostaną one usunięte.

Napotkane lub spowodowane podczas badania krwawienie może być skutecznie zatamowane endoskopowo

Wszystkie wymienione działania są bezbolesne. Badanie trwa zazwyczaj od 5 do 15 minut.

## POSTĘPOWANIE PO BADANIU

- Przez co najmniej 30 minut po badaniu nie należy jeść ani pić (ze względu na znieczulenie gardła)
- Po podaniu leków sedatywnych:
  - pacjent około 30–60 minut po badaniu pozostaje pod obserwacją personelu medycznego
  - wymagana jest opieka osoby towarzyszącej w powrocie do domu
  - przez 24 godziny po badaniu pacjent nie może prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń elektrycznych, podpisywać ważnych dokumentów
- Po badaniu, przejściowo może utrzymywać się dyskomfort w gardle, uczucie wzdęcia lub nudności

W razie silnego bólu brzucha, gorączki, krwawienia z jamy ustnej lub smolistych stolców prosimy w trybie pilnym zgłosić się do lekarza lub najbliższego SOR ( Szpitalny Oddział Ratunkowy).

## MOŻLIWE POWIKŁANIA

Gastroskopia jest badaniem bezpiecznym, jednak jak każda procedura medyczna wiąże się z pewnym ryzykiem powikłań takich jak:

- reakcja alergiczna na lek znieczulający
- krwawienie z przewodu pokarmowego
- perforacja ściany przełyku, żołądka lub dwunastnicy
- powikłania sercowo-oddechowe (szczególnie przy zastosowaniu sedacji)
- infekcja

Ryzyko powikłań jest wyższe u pacjentów w podeszłym wieku oraz pacjentów z przewlekłymi, ciężkimi chorobami współistniejącymi.

## INFORMACJE O PACJENCIE

Aby zmniejszyć ryzyko powikłań i zapewnić Państwu bezpieczeństwo, prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania

(poprawną odpowiedź proszę zakreślić kółkiem)

Czy występuje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień po zranieniu bądź skłonność do powstawania „siniaków” po niewielkich urazach mechanicznych?	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/i leki przeciwkrzepliwe? (np. Xarelto, Warfaryna, Syncumar, Acenocumarol, Sinitrom)	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/i leki przeciwplatekcyjne? (np. Plavix, Clopidogrel, Agregex, Areplex, Aclostin, Ticlo)	TAK	NIE
Czy w ostatnich 14 dniach przyjmował/a Pan/i niesteroidowe leki przeciwzapalne? (np. Majamil, Ibuprofen, Ketonal, Naproksen, Diclo-Duo, Acard, Polocard, Polopiryne, Bestpirin, Acesan)	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe? (jeśli TAK, proszę podać jakie) .....	TAK	NIE
Czy leczy się Pan/i z powodu chorób przewlekłych? (np. jaskra, padaczka, cukrzyca – inne, proszę wymienić jakie) .....	TAK	NIE
Czy leczy się Pan/i z powodu chorób serca? (zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa -inne, proszę podać jakie) .....	TAK	NIE
Czy leczy się Pan/i z powodu chorób układu oddechowego? (niewydolność oddechowa, astma oskrzelowa – inne, proszę podać jakie) .....	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na latex (gumę)?	TAK	NIE
Czy występują u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na środki spożywcze lub lecznicze? (jeśli TAK, proszę podać jakie) .....	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wcześniej wykonaną gastroskopię lub inne badanie endoskopowe?	TAK	NIE
Czy był/a Pan/Pani operowany/a ? (jeśli TAK, proszę podać rodzaj zabiegu) .....	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią? (dotyczy kobiet)	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebył/a Pan/Pani zapalenie wątroby lub jest nosicielką/em HBV, HCV lub HIV?	TAK	NIE

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że w pełni zrozumiałem/am informacje na temat badania zawarte w niniejszym formularzu. Podczas bezpośredniej rozmowy z lekarzem zapewniono mi możliwość zadawania pytań dotyczących badania. Na wszystkie pytania udzielono mi zrozumiałych odpowiedzi w sposób niebudzący wątpliwości.

Udzielono mi informacji odnośnie rozpoznania, proponowanych i alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych oraz spodziewanych wyników badania, a także o ryzyku powikłań jakie mogą wystąpić zarówno w przebiegu badania jak i po jego przeprowadzeniu.

Poinformowano mnie o możliwości wykonania jednocześnie, jeżeli będzie to zasadne i możliwe, ewentualnych zabiegów diagnostycznych lub leczniczych.

Oświadczam, że podczas wywiadu i badania nie zataiłam/em informacji na temat stanu mojego zdrowia, przebytych chorób, badań i zabiegów.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis pacjenta/pacjentki

### ZGODA NA WYKONANIE GASTROSKOPII

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE GASTROSKOPII ORAZ ROZSZERZENIE BADANIA O NASTĘPUJĄCE ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE LUB LECZNICZE.

(poprawną odpowiedź proszę zakreślić kółkiem)

Pobranie wycinków ze zmian chorobowych lub podejrzanych o chorobę	TAK	NIE
Tamowanie samoistnego lub sprowokowanego badaniem krwawienia	TAK	NIE
Podanie dożylnie leków przeciwbólowych i/lub uspokajających	TAK	NIE

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis pacjenta/pacjentki

NIE WYRAŻAM ZGODY NA WYKONANIE BADANIA / ZABIEGU / PROPONOWANY SPOSÓB LECZENIA

Po uzyskaniu wyczerpującej informacji oświadczam, że nie wyrażam zgody na przeprowadzenie badania/zabiegu. Zostałam/em poinformowana/y o możliwych skutkach wynikających z mojej odmowy.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis pacjenta/pacjentki