

## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE KOLONOSKOPII

.....  
IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....  
TELEFON KONTAKTOWY

PESEL:

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

### CEL BADANIA

Kolonoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny całego jelita grubego i końcowego odcinka jelita krętego. Celem badania jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego.

Ocena błony śluzowej zależy w dużej mierze, od stopnia przygotowania jelita do badania, czyli od stopnia jego oczyszczenia.

Prosimy w związku z tym o przestrzeganie instrukcji i zaleceń otrzymanych od pracownika naszej placówki.

### PRZEBIEGBADANIA

Kolonoskopia w początkowej fazie może być nieprzyjemna a nawet bolesna, dlatego w trakcie badania istnieje możliwość podania, drogą dożylną, środków przeciwbólowych i/lub usypiających.

W czasie badania, jeśli zaistnieje potrzeba, zostaną pobrane wycinki błony śluzowej jelita a w przypadku stwierdzenia polipów będą one usunięte za pomocą pętli diatermicznej. Napotkane lub sprowokowane podczas zabiegu krwawienie może być skutecznie zatamowane endoskopowo. Wszystkie wymienione wyżej działania podejmowane w trakcie badania są ~~bezbolesne~~.

Kolonoskopię wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku.

1. Badanie rozpoczyna się od zbadania palcem kanału odbytu z jednoczesnym założeniem środka znieczulającego i poślizgowego.
2. Do jelita wprowadzany jest elastyczny wziernik (kolonoskop) wyposażony w kamerę.
3. Następnie przez kanał kolonoskopu do wnętrza jelita, podawane jest powietrze, co umożliwia optymalną wizualizację i ocenę błony śluzowej jelita.

## POSTĘPOWANIE PO BADANIU

1. Jeżeli w trakcie badania otrzymał/a Pan/i dożylnie leki przeciwbólowe i/lub uspokajające, do domu może Pan/i wrócić wyłącznie pod opieką osoby dorosłej (opiekuna).
2. Należy również pamiętać, aby w ciągu najbliższych 24 godzin po badaniu:
  - nie prowadzić pojazdów mechanicznych
  - nie obsługiwać urządzeń elektrycznych
  - nie podpisywać ważnych dokumentów

Jeżeli po badaniu stwierdzicie Państwo utrzymujące się (bądź narastające):

- silne bóle brzucha
- wymioty
- gorączkę
- krwawienie z odbytu

Prosimy w trybie pilnym zgłosić się do lekarza lub najbliższego SOR (Szpitalny Oddział Ratunkowy).

## MOŻLIWE POWIKŁANIA

Kolonoskopia jest stosunkowo bezpiecznym i małoinwazyjnym badaniem, jednak jest ona obarczona pewnym odsetkiem powikłań takich jak:

- perforacja jelita
- zapalenie otrzewnej
- krwawienie z przewodu pokarmowego
- omdlenie
- objawy kardiologiczne (zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe)
- reakcja uczuleniowa na leki (wysypka skórna, świąd, po wstrząs anafilaktyczny)

Poważne powikłania po badaniach/zabiegach endoskopowych występują rzadko.

Większość powikłań, powstałych podczas zabiegu jest zabezpieczana endoskopowo w trakcie jego trwania, inne mogą wymagać leczenia operacyjnego, przetoczenia krwi i osocza lub intensywnej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

## INFORMACJE 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 występują u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na środki spożywcze lub lecznicze? (jeśli tak, proszę podać jakie):  .....	TAK	NIE
Czy ma Pan/i wszczepiony „rozzrusznik” 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, Aclotin, 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 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)?	TAK	NIE
Czy leczy się Pan/i z powodu chorób układu oddechowego (niewydolność oddechowa, astma oskrzelowa)?	TAK	NIE
Czy był/a Pan/i operowany/a? (jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu):  .....	TAK	NIE

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz lub pielęgniarka postarają się wyjaśnić Państwu wszystkie wątpliwości.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

*Oświadczam, że w pełni zrozumiałam/em 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.*

*Jestem świadoma/y, że wyrażona zgoda ma charakter dobrowolny i przysługuje mi prawo do jej wycofania w dowolnym momencie przed rozpoczęciem badania, bez żadnych negatywnych konsekwencji.*

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis pacjenta/pacjentki

## DOTYCZYKOBIET

*Oświadczam, że jestem/nie jestem w ciąży\*.*

*\*) niepotrzebne skreślić*

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis pacjentki

## ZGODA NA WYKONANIE KOLONOSKOPII

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE KOLONOSKOPII 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
Usuwanie polipów	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