Gastromed
DR JĘDRZEJCZAK

INFORMACJA DLA PACJENTA / FORMULARZ ZGODY NA KOLONOSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko): _____ PESEL: _____

Kolonoskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbyt do odbytnicy, a następnie do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Celem badania jest ocena błony śluzowej jelita grubego pod powiększeniem oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze zmienionych miejsc. W przypadku stwierdzenia krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów maksymalnie do wielkości 1 cm możliwe jest usunięcie za pomocą pętli diatermicznej.

W trakcie kolonoskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- perforacja jelita,
- zapalenie otrzewnej,
- krwotok z przewodu pokarmowego lub do jamy otrzewnej,
- powikłania związane ze znieczuleniem i reakcją organizmu na leki,
- powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego i oddechowego,
- zakażenia wirusowe lub bakteryjne,
- konieczność leczenia operacyjnego lub transfuzji krwi,
- w wyjątkowych sytuacjach możliwość zgonu.

Aby zminimalizować ryzyko należy odpowiedzieć na następujące pytania:

• Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po skaleczeniu lub usunięciu zębów? TAK / NIE

• Czy zaobserwował(a) Pan/Pani skłonność do łatwego powstawania „siniaków" na skórze? TAK / NIE

• Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na środki znieczulające, leki lub jodynę? TAK / NIE

• Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę? TAK / NIE

• Czy jest Pani w ciąży? TAK / NIE

• Czy jest Pan/Pani leczony(a) z powodu chorób serca lub płuc? TAK / NIE

• Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi? TAK / NIE

• Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) z powodu innych chorób przewlekłych? TAK / NIE

• Czy był(a) Pan/Pani dotychczas operowany(a)? TAK / NIE

Jeżeli tak, to proszę podać z jakiego powodu:

Zachowanie po zabiegu

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Państwu wszystkie wątpliwości.
Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający lub przeciwbólowy, nie mogą Państwo w ciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów, obsługiwać urządzeń mechanicznych, podpisywać ważnych dokumentów ani spożywać alkoholu.

Jeżeli po badaniu wystąpi silny ból brzucha, gorączka, krwawienie z odbytu lub inne niepokojące objawy należy zgłosić się do lekarza.

Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu. Miałem(am) możliwość zadawania pytań oraz uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi. Wyrażam zgodę na wykonanie kolonoskopii oraz ewentualne pobranie wycinków i usunięcie polipów.

Wyrażam również zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej w trakcie badania.

Miejsce, data

Podpis pacjenta / podpis lekarza

_____ _____