Gastromed
DR JĘDRZEJCZAK

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

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

Gastroskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje potrzeba — pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze zmienionych tam zmian. W przypadku krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia.
W trakcie gastroskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- perforacja (przedziurawienie) przełyku, żołądka lub dwunastnicy,
- krwotok z przewodu pokarmowego,
- powikłania związane ze znieczuleniem i reakcją organizmu na leki,
- powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego i oddechowego,
- zachłystowe zapalenie płuc,
- zakażenia wirusowe lub bakteryjne,
- konieczność leczenia operacyjnego lub transfuzji krwi,
- w wyjątkowych sytuacjach możliwość zgonu.

Aby zminimalizować ryzyko powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

• Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach 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 wszystkie wątpliwości.
Po znieczuleniu gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający lub przeciwbólowy, nie mogą Państwo przez najbliższe 24 godziny prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych ani podpisywać ważnych dokumentów.
Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu. Miałem(am) możliwość zadawania pytań oraz uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi. Wyrażam zgodę na wykonanie gastroskopii oraz ewentualne pobranie wycinków do badania histopatologicznego.

Wyrażam również zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej oraz udział lekarzy szkolących się w wykonywaniu tego zabiegu.

Miejsce, data _____

Podpis pacjenta / podpis lekarza _____