

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA na wykonanie badania kolonoskopii / rektosigmoidoskopii

Nazwisko i imię:

Adres:

Telefon:

Płeć:

PESEL:

Data ur.:

W przypadku gdy pacjent jest osobą małoletnią lub jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody

Imię i nazwisko, adres przedstawiciela ustawowego.....

Badanie, które Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję, informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

### Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita, najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających. Przygotowanie odbywa się w przeddzień badania, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów, niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach, ze względu na stan ogólny pacjenta, uniemożliwiający tego typu przygotowanie polega na kilkudniowej głodówce połączonej z licznymi doodbytniczymi wlewami czyszczącymi. Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego endoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Badanie może być okresami bolesne: ewentualny ból (trzeba odróżnić od stale występującego wzdęcia, wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny) należy zgłosić lekarzowi, a jego stałe utrzymywanie się może być wskazaniem do odstąpienia od dalszej oceny jelita.

Instrument służący do endoskopii jest poddany procesowi mycia i dezynfekcji w myjni automatycznej przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem. W razie wykrycia polipów istnieje możliwość jednoczasowego ich usunięcia metodami endoskopowymi. Zmiany naczyniowe można niszczyć metodami termicznymi.

Inną alternatywną metodą oceny jelita są badania radiologiczne - wlew kontrastowy jelita grubego, tomografia komputerowa w opcji wirtualnej kolonoskopii. Badania radiologiczne nie są tak czule i swoiste w wykrywaniu chorób jelita jak badania endoskopowe.

### Możliwe powikłania

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14% - 0,18%), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających, bądź anestetycznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?  
Tak / Nie
2. Czy pobiera Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, klopidogrel, dikumarol, warfaryna, xarelto itp.)?  
Tak / Nie

(proszę zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź)

## Postępowanie po badaniu

W przypadku stosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po badaniu. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów, należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym badaniu, wymienionych tu powikłaniach, bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym badaniem.

**Uwaga.** Jeżeli badanie endoskopowe wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby przy powrocie do domu. Po badaniu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego, wskazane jest nieprowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.

## Oświadczenie lekarza

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi cele oraz sposób przeprowadzenia badania endoskopowego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu endoskopii oraz w okresie po badaniu wczesnym i późnym.

Omówiłem również ewentualny przebieg badania, korzyści i zagrożenia wynikające z przeprowadzenia badania, zagrożenia wynikające z jego zaniechania.

Badanie będzie wymagało:

- o dożylnego, krótkotrwałego znieczulenia
- o ogólnego znieczulenia
- o miejscowego znieczulenia

(proszę zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź)

.....  
Data, pieczętka, podpis lekarza

## Oświadczenie pacjenta

Oświadczam że:

- Zapoznałam się ze szczegółowym opisem planowanego badania i leczenia, jego celowości, sposobie przeprowadzenia, typowych i nietypowych następstw i powikłaniach.
- Zgadzam się na zmianę lub poszerzenie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego: pobieranie wycinków do badania histopatologicznego, usuwania polipów, termicznego niszczenia zmian chorobowych oraz przeprowadzenie czynności koniecznych do ratowania mojego zdrowia i życia w przypadku wystąpienia nieprzewidywalnych przed planowanym badaniem okoliczności.
- Stwierdzam, że uzyskałam / uzyskałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Informacja przekazana przez lekarza jest dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. Nie mam więcej pytań.
- Przed rozpoczęciem leczenia udzieliłam / udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania zadane przez lekarza odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych zabiegów operacyjnych.
- W trakcie rozmowy z lekarzem miałam / miałem możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania medycznego.
- Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na proponowane badanie kolonoskopii / rektosigmoidoskopii (proszę właściwie zakreślić).

.....  
Data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

### TYLKO W PRZYPADKU BRAKU ZGODY NA WYKONANIE KOLONOSKOPII / REKTOSIGMOIDOSKOPII.

(PROSZĘ WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ)

PO UZYSKANIU WYCZERPUJĄCEJ INFORMACJI NIE WYRAŻAM ZGODY NA PRZEPROWADZENIE KOLONOSKOPII / REKTOSIGMOIDOSKOPII (PROSZĘ WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ).

ZOSTAŁAM / ZOSTAŁEM POINFORMOWANA / POINFORMOWANY O MOŻLIWYCH SKUTKACH WYNIKAJĄCYCH Z ODMOWY PROPONOWANEGO BADANIA.

.....  
Data, godzina, pieczętka, podpis lekarza

.....  
Data, podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego