 **GASTROSKOPIA**

**TEL. 56 66 89 245**

**Formularz Świadomej Zgody na Zabieg Diagnostyczny lub Terapeutyczny Stwarzający Podwyższone Ryzyko dla Pacjenta**

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko |  |
| pesel |  |
| adres |  |
| TERMIN BADANIA |  |

Każda procedura medyczna musi być przeprowadzona świadomą zgodą pacjenta poinformowanego o wskazaniach, przeciwwskazaniach, zaletach jak i ryzyku związanym z badaniem/zabiegiem.

Niniejsza informacja ma przybliżyć Pani/Panu wszelkie informacje dotyczące w/w badania.

Jeżeli mimo to będzie mieć Pani/Pan jakiekolwiek wątpliwości lub pytania proszę je zadać lekarzowi podczas rozmowy bezpośrednio przed badaniem.

**Wskazania:**
 Na podstawie wywiadu i wykonanych dotychczas badań istnieje podejrzenie u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego. W celu dokładnego określenia tych zmian, lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać proponowane badanie diagnostyczne.

**Przygotowanie:**

**Dzień przed badaniem ostatni posiłek godzina 18:00** i **nie pić** **minimum 4 godziny przed badaniem**. Dzięki temu badany odcinek przewodu pokarmowego będzie wolny od resztek jedzenia co zapewni bezpieczne i dokładne badanie. Ze względów bezpieczeństwa pacjenta, bezpośrednio przed badaniem należy usunąć wszelkie ruchome protezy zębów i zdjąć okulary.

 W przypadku pacjentów przyjmujących leki p/zakrzepowe np. Acard, Polocard należy je odstawić 5 dni przed badaniem.

Osoby przyjmujące leki p/zakrzepowe np. Sindrom, Syncumar, Acenocumarol, Warfaryna, Xarelto – konieczny jest kontakt z lekarzem prowadzącym leczenie p/zakrzepowe i zmiana leków 5 dni przed badaniem na heparynę niskocząteczkową.

Osoby z cukrzycą w dniu badania nie przyjmują insuliny ani tabletek.

 **Przebieg badania:**

Badanie jest wykonywane w pozycji leżącej na lewym boku. W trakcie całego badania pacjent trzyma w ustach specjalny ustnik, przez który jest wprowadzony endoskop. Jeżeli badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym, bezpośrednio przed rozpoczęciem gardło zostaje znieczulone roztworem lignokainy. Powoduje to zniesienie nieprzyjemnych odruchów. W trakcie całego badania pacjent powinien głęboko spokojnie oddychać powstrzymując się od połykania śliny. Dzięki temu badanie przebiega bezboleśnie a pacjent odczuwa jedynie uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem wdmuchiwanym do żołądka.

**Po badaniu:**

Po gastroskopii przez krótki czas może pozostać dyskomfort w gardle, który ustępuje samoistnie. Uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem w żołądku również ustępuje w przeciągu kilku godzin. Po ustąpieniu znieczulenia pacjent może normalnie przyjmować posiłki i wrócić do zwykłej aktywności. Jeżeli badanie przeprowadzone było w znieczuleniu dożylnym, pacjent nie powinien w tym dniu prowadzić samochodu oraz obsługiwać maszyn, a powrót do domu powinien odbywać się pod opieką osoby towarzyszącej.

**Możliwe powikłania**

 Powikłania po gastroskopii zdarzają się wyjątkowo rzadko i najczęściej ustępują samoistnie nie wymagając żadnego leczenia. Są to :

* krwawienie
* perforacje
* reakcja alergiczna na leki
* objawy kardiologiczne ( zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe)
* zaostrzenie astmy oskrzelowej

Jeżeli kilka godzin po badaniu utrzymują się silne dolegliwości bólowe brzucha, bóle nasilają się, obwód brzucha narasta, pojawiła się gorączka lub wymioty, należy pilnie skontaktować się z lekarzem.

|  |
| --- |
| Jeżeli te informacje są dla Państwa niewystarczające prosimy o zadawanie pytań lekarzowi przedrozpoczęciem badania. |

**Jeżeli Państwo nie jesteście w stanie przyjść na badanie w wyznaczonym terminie, prosimy o informację co najmniej 3 dni przed badaniem pod nr telefonu 56 66 89 245**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Czy istnieje u Państwa zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych? | TAK | NIE |
| 2 | Czy takie objawy zdarzały się wśród członków rodziny? | TAK | NIE |
| 3 | Czy występowały u Państwa objawy uczulenia na jakiekolwiek środki? | TAK | NIE |
| 4 | Czy przyjmują Państwo leki wpływające na krzepliwość krwi tj.: Acard, Polocard, Bestipyryn, Acenokumarol, Ticlopidyna, Plavix, Warfin, Xarelto? | TAK | NIE |
| 5 | Jeśli były przyjmowane leki wpływające na krzepliwość krwi, kiedy zostały odstawione?.................................................................................................................... | TAK | NIE |
| 6 | Czy byli Państwo dotychczas operowani? Jeśli tak, to proszę wymienić operacje brzuszne………………………………………………………………………………………. | TAK | NIE |
| 7 | Czy występuje alergia lub zdarzały się uczulenia na leki ( antybiotyki, leki przeciwbólowe, inne)? Jeśli tak, to jakie …………………………………………………. | TAK | NIE |
| 8 | Czy występują jakiekolwiek inne okoliczności mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego badania, jeżeli tak, to jakie ………………………………………………… | TAK | NIE |
| 9 | Czy wszczepiono (prosimy zaznaczyć): sztuczne zastawki serca, stymulatory/defibrylatory serca, protezy naczyniowe. | TAK | NIE |
| 10 | Czy sa Państwo leczeni z powodu innych chorób przewlekłych, np. jaskra, cukrzyca, padaczka, choroby psychiczne? Jeżeli tak, to jakie ……………………………………. | TAK | NIE |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wynik badania**

Pacjent po badaniu otrzymuje wynik wraz z opisem badania. W przypadku pobrania wycinka, czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego wynosi około trzech tygodni (czas ten może ulec zmianie). Po odbiór wyniku histopatologicznego należy zgłosić się osobiście z dowodem osobistym, lub pisemnie upoważnić inną osobę.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**Ja, niżej podpisany/a posiadając nieograniczoną zdolność prawną oraz zdolność do czynności prawnych dobrowolnie, nie działając pod wpływem błędu, groźby ani w warunkach wyłączających świadome i swobodne podjęcie decyzji i wyrażenie woli oświadczam, co następuje:**

1. **W czasie rozmowy z lekarzem została mi wyjaśniona i przekazana w sposób przystępny informacja o planowanym zabiegu gastroskopii, jego celach i oczekiwanym wyniku oraz potencjalnych zagrożeniach mogących wystąpić w trakcie i w wyniku zabiegu.**
2. **Wyjaśniono mi konsekwencje odmowy, braku mojej zgody na wykonanie zabiegu lekarskiego. Powyższe informacje zrozumiałem.**
3. **Wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzenia planowanego zabiegu gastroskopii mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza do modyfikacji metody diagnostycznej, wykonania dodatkowego zabiegu, pobrania wycinków – jednak tylko w niezbędnym zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej i jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w wyniku zabiegu gastroskopii.**
4. **W przypadku badania prowadzonego w znieczuleniu ogólnym przy udziale lekarza anestezjologa, zostałem poinformowany o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych i podejmowania ważnych decyzji.**
5. **Potwierdzam, że uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane przeze mnie pytania i zrozumiałem(am) odpowiedzi.**
6. **Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz przekazanie moich danych osobowych, w tym numeru PESEL, dla potrzeb statystyki medycznej oraz NFZ i towarzystwom ubezpieczeniowym.**

**Uwagi Pacjenta ……………………………………………………………………………………………...**

**Uwagi Lekarza ………………………………………………………………………………………….......**

Brodnica, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis pacjenta bądź Podpis i pieczątka lekarza

Przedstawiciela ustawowego

\*niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| **Zgoda na badanie**Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie GASTROSKOPII **TAK  NIE **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich dodatkowych procedur, które zgodnie z aktualną wiedzą medyczną powinny zostać wykonane podczas badania/zabiegu **TAK  NIE **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Wyrażam zgodę na proponowane znieczulenie **TAK  NIE **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ czytelny podpis pacjenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie**Oświadczam, że zrozumiałam/em informacje zawarte w Formularzu Świadomej Zgody na Zabieg Diagnostyczny lub Terapeutyczny Stwarzający Podwyższone Ryzyko dla Pacjenta oraz informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone zadawanie pytań i na wszelkie udzielono mi wyczerpującej odpowiedzi w języku dla mnie zrozumiałym i nie budzących żadnych wątpliwości. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat dających się przewiedzieć następstw zastosowania wyżej wspomnianego badania, albo ewentualnych skutków jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data i czytelny podpis pacjenta |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka i podpis lekarza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_