

ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG MEDYCZNY KOLONOSKOPIA

Imię i nazwisko _____

PESEL

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

Data zabiegu

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

WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ na wykonanie u mnie kolonoskopii.

Zgadzam się / nie zgadzam się* (niewłaściwe skreślić) na pobranie materiału celem wykonania badania histopatologicznego oraz ewentualne poszerzenie zabiegu i wykonanie innych niezbędnych procedur medycznych, np.: polipektomii.

Zostałem/-łam poinformowany/-a o:

- wskazaniach do wykonania badania;
- celu badania;
- sposobie i terminie wykonania badania;
- przygotowaniu do badania;
- możliwości wykonania oraz rodzajach znieczulenia podczas badania;
- możliwych powikłaniach badania, najistotniejsze z nich to:
 - ból brzucha;
 - gorączka;
 - dreszcze;
 - czarne, smoliste stolce.

Zgoda na badanie wyrażona przez chorego może być w każdej chwili odwołana.

Zapoznałem/-łam się z powyższymi informacjami i rozumiem ich treść

.....
(czytelny podpis i pieczętka lekarza)

.....
(czytelny podpis pacjenta)

ZGODA NA KOLONOSKOPIE

Imię i nazwisko Pacjenta:
PESEL / Data urodzenia Pacjenta:
Tryb wykonania badania (zabieg): ambulatoryjny stacjonarny – Oddział
Rozpoznanie:

I. **Nazwa procedury medycznej lub zabiegu**
Kolonoskopia diagnostyczna i zabiegowa (w tym: przetworzenie zwierzeń jelita grubego; tamowanie krwawień, polipektomia i mukozektomia).

II. **Wskazania do kolonoskopii**
Bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca; zaparcia, biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów / diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym choroby jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinnie obciążonych chorobami jelita grubego /zapalenie jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe/

III. **Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji**
Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejście błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego. Jelito musi być dokładnie wyciszane według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna. W trakcie przygotowania jelita zasywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, azard, leki przeciwnrzeczliwe, insulina, niesteroidowe leki przeciwzapalne. W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach-pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu głębszego instrumentu przez odbyt do odbytnicy a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejścia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpięcia, wadęcia. Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i podrażnieniem krzeski jelita o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego usąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważy podejrzaną zmianę pobiera wydmki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter /zmiana nowotworowa, nienowotworowa/. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego: 1. usunięcie polipów jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowego usunięcia lecz się operacyjnie. 2. tamowanie krwawień. Miejsca krwawienia zidentyfikowane podczas badania ostro kuje się środkami obliterującymi, koaguluje lub zabija się klipsy metalowe na krwawięce naczyń. 3. udrażnianie zwierząt, nieoczyszczonych: poprzez mechaniczne poszerzenie miejsca zwężenia, nacięcie miejsca zwężenia w granicach bezpieczeństwa, wprowadzenie protezy udrażniającej. 4. udrażnianie zwierzeń nowotworowych: nacięcie ścianki nowotworowej sondą argonową, wprowadzenie protezy udrażniającej.

Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym (radiko). O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestesjolog.

IV. **Opis innych dostępnych metod leczenia**
Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi są badania radiologiczne z wlewem środka kontrastowego do światła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. Są one badaniami uzupełniającymi i nie mogą zastąpić badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalającym ocenić światło jelita grubego jest laposkopia endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego ani na przeprowadzenie zabiegów wewnątrz jelita.

V. **Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją**
Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w rękach doświadczonego endoskopyisty. Komplikacje są rzadkie jednakże mogą wystąpić. Średnie ryzyko wystąpienia powikłań szacowane jest na 0,33%. Ryzyko zwiększa się u osób z zaszewszonymi zmianami zapalnymi, utyłkami, chorobą nowotworową oraz u osób u których wykonuje się jednoczasowo zabieg endoskopowy w jelicie grubym

1. krwawienie -częstość występowania 1-1,5% w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
2. perforacja przewodu pokarmowego - częstość występowania poniżej 1% po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym - najczęściej wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej - częstość występowania poniżej 1%
4. reakcja na podawane leki - częstość występowania poniżej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego - częstość występowania poniżej 1%

VI. **Opis zwiększonego ryzyka powikłań podczas wykonywania badań (zabiegów) w związku ze stanem zdrowia pacjenta i przyjmowanymi lekami - wypelnia pacjent lub lekarz zlecający badanie w warunkach szpitalnych:**

1. Choroby przewlekłe:
2. Przyjmowane leki wpływające na krzepliwość krwi:
3. Przepłyte zabiegi operacyjne:
4. Inne:

VII. **Opis prognozy poliperacyjnej i powikłań odległych**

Po badaniu mogą być odczuwane wadęcia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita powietrzem podczas badania. Dolegliwości mijają po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można jeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anesteziologicznej (2-3 godziny) i nie może w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych.

VIII. **Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania**

Brak diagnostyki jelita grubego, brak możliwości wyrozenia odpowiedniego przyczynowego leczenia choroby jelita grubego, w przypadku nierozpoznanych i nie leczonych zmian guzowatych nowotworowych i nienowotworowych możliwości wystąpienia niedrozdności przewodu pokarmowego.

IX. **Oświadczanie pacjenta**

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez lekarza zlecającego/wykonyjącego* badanie o proponowanym rodzaju diagnostyki i leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zaszewszania pytań dotyczących proponowanej diagnostyki i leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedzi.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakies pytania dotyczące proponowanej diagnostyki i leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej procedury endoskopowej

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego*

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury endoskopowej

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego*

(Wskazanie imię pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*, adresowy adres pacjenta na przygotowanie procedury /zabiegu*)

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarzkiego i badania nie zatailem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebiegłych chorób.

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego*

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie diagnostyki i/lub leczenia