

Imię i nazwisko Pacjenta:PESEL/Data urodzenia:

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

PESEL/Data urodzenia Pacjenta:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Gastroskopia / panendoskopia / diagnostyczna i zabiegowa

III Wskazania do gastroskopii/panendoskopii/

Wskazania do gastroskopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby organicznej /choroby wrzodowej, nowotworowej/, podejrzenie uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemia, kwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu/ choroba refluksowa, przełyk Barretta, niedokrwistość złośliwa/, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastroskopii zabiegowej; usuwanie ciał obcych, leczenie żylaków przełyku, udrażnianie zwężeń, usuwanie zmian patologicznych/ polipów, niektórych zmian nowotworowych/.

IV Opis przebiegu proponowanego badania:

Gastroskopia/ panendoskopia/ jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić przełyk, żołądek, oraz znaczną część dwunastnicy. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta lub nos do przełyku, a następnie żołądka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badanie pozwala na dokładną ocenę błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, widoczne są zmiany chorobowe błony śluzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku żołądka i dwunastnicy, fałdy, widoczność naczyń krwionośnych, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych i dlatego może być wykonywana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również ambulatoryjnie. Najczęściej celem badania jest diagnostyka (rozpoznawanie) chorób przewodu pokarmowego, między innymi: żylaków, uchyłków, zmian zapalnych, choroby wrzodowej, chorób bakteryjnych i grzybiczych, zmian spowodowanych działaniem czynników chemicznych, diagnostyka i wykluczenie zmian nowotworowych, ustalenie miejsca krwawienia. Pobranie do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Różnorodność narzędzi endoskopowych umożliwia wykonanie pewnych zabiegów takich jak: 1. leczenie żylaków przełyku poprzez ich ostrzykiwanie środkami obliterującymi, klejami tkankowymi czy zakładaniem opasek gumowych, 2. usuwanie ciał obcych, 3. usuwanie polipów i zmian płaskich, 4. udrażnianie zwężeń nowotworowych i nienowotworowych poprzez mechaniczne poszerzenie, niszczenie tkanek patologicznych sondą

Imię i nazwisko Pacjenta:PESEL/Data urodzenia:

argonową lub laserem, wprowadzenie protez udrażniających, 5.zamykanie przetok, 6. zakładanie przetok odżywczych co pozwala na uniknięcie leczenia operacyjnego.

Badanie diagnostyczne wykonywane jest w trybie ambulatoryjnym z wykonaniem zabiegu endoskopowego zazwyczaj wymaga hospitalizacji. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu gardła lub jeżeli są wskazania w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeń z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

V Opis innych dostępnych metod

Badania alternatywne do gastrokopii: badanie radiologiczne z kontrastem, endoskopia kapsułkowa, tomografia komputerowa. Badania te nie pozwalają na precyzyjną i dokładną ocenę badanych narządów, na pobranie materiału do badania histopatologicznego, nie pozwalają też na wykonanie zabiegów endoskopowych.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Gastroskopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego endoskopistę. Jako metoda inwazyjna obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań.

1. Perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych do 17% po zabiegach endoskopowych – najczęściej wymaga leczenia operacyjnego.
2. Krwawienie – częstość występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, 1-1,5% po zabiegach endoskopowych – w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego.
3. Mechaniczne uszkodzenie śluzówki – częstość występowania poniżej 1% - leczenie zachowawcze.
4. Reakcja na podawane leki – częstość występowania poniżej 1%.
5. Powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – częstość występowania poniżej 1%.

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po gastrokopii może występować wzdęcie, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej – objawy ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po zabiegach edndoskopowych konieczna może być hospitalizacja, a jej okres zależy od wykonanego zabiegu endoskopowego/ zazwyczaj 24-48 godzin/.

Imię i nazwisko Pacjenta:PESEL/Data urodzenia:

IX Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania i leczenia

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego, zachowawczego lub operacyjnego.

X Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź. Jeżeli macie Państwo jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej / zabiegu)

.....

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

.....

* niepotrzebne skreślić