

!!! PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!

Nazwisko i imię:

PESEL:

WYRAŻAM ZGODĘ na zabieg o podwyższonym ryzyku (podkreślić właściwe):

- ✓ GASTROSKOPIA z ewentualnym usunięciem polipów
- ✓ KOLONOSKOPIA z ewentualnym usunięciem polipów

**Mam pełną świadomość, iż po badaniu wykonanym w znieczuleniu
NIE WOLNO !!!!!
prowadzić pojazdów oraz obsługiwać maszyn mechanicznych.**

Zostałem poinformowany o wskazaniach do wykonania powyższego badania.
Miałam/em możliwość zadawania pytań, na które uzyskałam/em odpowiedź.

Opis zabiegu: Badanie endoskopowe polega na wprowadzeniu endoskopu do górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia) lub dolnego odcinka przewodu pokarmowego (kolonoskopia), a następnie obejrzeniu badanego odcinka. W trakcie takiego badania może być potrzebne pobranie wycinków ze zmiany patologicznej do oceny histopatologicznej lub bakteriologicznej.

W trakcie endoskopii zabiegowej wykonuje się wg potrzeby: polipektomię pętlą diatermiczną, tamowanie krwawienia przez ostrzykiwanie, zakładanie klipsów lub koagulację, rozszerzanie zwężonego odcinka balonem, zakładanie opasek gumowych na zmiany żylakowe przełyku.

Możliwe powikłania: Powikłania podczas badań diagnostycznych zdarzają się niezwykle rzadko. Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (rzadziej niż w 0,05% badań) oraz krwawienie po pobraniu wycinków. Bardzo rzadko może dochodzić do objawów ze strony innych układów i narządów jak: zaostrenie choroby wieńcowej, atak astmy, padaczki, zatrzymanie serca.

W trakcie badań endoskopowych zabiegowych również mogą wystąpić powikłania: przedziurawienie przewodu pokarmowego po polipektomii, krwawienie po zabiegu polipektomii (rzadziej niż w 0,5% badań). W trakcie badania diagnostycznego może wyniknąć potrzeba wykonania zabiegu endoskopowego, na który wyrażam zgodę.

Dla badań endoskopowych diagnostycznych praktycznie nie ma badań alternatywnych. Wszystkie pozostałe metody obrazowania często nie spełniają oczekiwanych efektów diagnostycznych.

Dla badań endoskopowych zabiegowych alternatywą są zabiegi operacyjne chirurgiczne.

.....
data i podpis pacjenta / prawnego lub faktycznego opiekuna*

.....
pieczętka i podpis lekarza wykonującego

* niepotrzebne skreślić