

Formularz świadomej zgody pacjenta na wykonanie FIBEROSIGMOIDOSKOPII

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL/Data urodzenia.....

Stan ogólny chorego

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych badań

Postępowanie/metoda leczenia

INFORMACJA O BADANIU:

Fiberosigmoidoskopia jest najskuteczniejszą stosowaną metodą diagnostyczną w ocenie stanu anatomicznego i fizjologicznego narządów dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Dodatkowo badanie umożliwia pobranie materiału (biopsja) do dalszej diagnostyki histopatologicznej. Rozróżnia się fiberosigmoidoskopię diagnostyczną i terapeutyczną. Do zabiegów możliwych do wykonania w trakcie tego badania należą: usuwanie polipów (które mogą być stanem przedrakowym), tamowanie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, usuwanie ciał obcych i poszerzanie zwężeń. Dzięki temu w większości przypadków możliwe jest uniknięcie operacji.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

Celem przygotowania do badania zaleca się pozostać na czczo w dniu badania. Bezpośrednio przed badaniem wykonana zostaje wlewka doodbytnicza w celu oczyszczenia odcinka jelita, który ma zostać zbadany.

PRZEBIEG BADANIA:

Badanie najczęściej wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku lub w pozycji na wznak. Wziernikowanie wykonywane jest przy użyciu giętkiego kolonoskopu. Przyrządy medyczne stosowane podczas badania są każdorazowo dezynfekowane. Niewłaściwe przygotowanie pacjenta do badania uniemożliwia dokładną ocenę ścian przewodu pokarmowego.

MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Ryzyko zakażenia podczas fiberosigmoidoskopii jest znikome. Fiberosigmoidoskopia jest badaniem stosunkowo bezpiecznym- ryzyko perforacji (przeziurawienia) wynosi od 0,01-0.2%, a ryzyko krwawienia 0,5%. Ryzyko to wzrasta w przypadku polipektomii: perforacja 0,3-2%; krwawienie w trakcie lub po zabiegu 1,5-2,0%. Gdy metodami endoskopowymi nie uda się wyleczyć tych powikłań, potrzebna może być operacja. Bardzo rzadkimi powikłaniami fiberosigmoidoskopii są: uszkodzenia śledziony, zapalenie wyrostka, i uchyłków, infekcje i chemiczne zapalenie jelita. Zgon zdarza się w wyjątkowych przypadkach 0-0,01%(0-1:10000 fiberosigmoidoskopii).

POSTĘPOWANIE PO BADANIU:

W przypadku zastosowania środków o działaniu uspakajającym, znieczulającym lub przeciwbólowym nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny po badaniu oraz nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w dniu badania.

Wystąpienie niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

PYTANIA PACJENTA:

ROKOWANIE:

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanego badania:

[] duże

[] średnie

[] ograniczone

KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Brak zgody na wykonanie badania utrudni postawienie rozpoznania i wdrożenia prawidłowego leczenia oraz może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

ALTERNATYWNE METODY DIAGNOSTYCZNE

Inne metody diagnostyczne jelita grubego to kolografia (kolonoskopia wirtualna, badanie radiologiczne) oraz badanie kapsułką (nierefundowane przez NFZ). W trakcie tych badań nie ma możliwości wykonania biopsji oraz wykonania zabiegu np. polipektomii.

PYTANIA:

1. Czy stosuje Pani/ Pan leki wpływające na krzepliwość (np. polocard, warfin, acenocumarol itp.)?
[]TAK []NIE
2. Czy choruje Pani/ Pan na astmę?
[]TAK []NIE
3. Czy wystąpiły u Pani/Pana kiedykolwiek objawy uczulenia na środki lecznicze, spożywcze lub kosmetyczne, w tym lateks?
[]TAK []NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* o proponowanym rodzaju badania. Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących proponowanego badania i otrzymałem/łam* na nie odpowiedź.*

Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie (w tym m.in. o zabieg pobierania wycinków lub polipektomię), zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;

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

Data i Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach, powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania oraz przedstawiłem alternatywne metody diagnostyczne.

Data i Podpis lekarza.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania. Zostałem poinformowany o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

Data i Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

.....

Data i Podpis lekarza.....