

Formularz świadomej zgody pacjenta na wykonanie KOLONOSKOPII

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL/Data urodzenia.....

Stan ogólny chorego.....

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych badań

.....

Postępowanie/metoda leczenia

INFORMACJA O BADANIU:

Kolonoskopia 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 kolonoskopię 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 stosować dietę „bez pestek i bez ziaren” przez okres 7 dni przed badaniem. Dzień przed badaniem należy oczyścić jelito przy pomocy środków farmakologicznych, doustnych. W tym czasie nie wolno jeść, natomiast można pić jedynie płyny przejrzyste, klarowne (do północy). W dniu badania należy pozostać na czczo (tj. bez jedzenia, bez picia). Osoby przyjmujące leki na nadciśnienie mogą je zażyć rano z łykiem wody. Wskazane jest zgłosić się na badanie z osobą towarzyszącą. Niewłaściwe przygotowanie pacjenta do badania uniemożliwia dokładną ocenę ścian przewodu pokarmowego.

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.

MOŻLIWE POWIKŁANIA:

Ryzyko zakażenia podczas kolonoskopii jest znikome. Kolonoskopia diagnostyczna jest badaniem stosunkowo bezpiecznym - ryzyko perforacji (przedziurawienia) 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 kolonoskopii są: uszkodzenia śledziony, zapalenie wyrostka, i uchyłków, infekcje i chemiczne zapalenie jelita. Zgon zdarza się w wyjątkowych przypadkach 0-0,01%(0-1:10000 kolonoskopii).

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. polipectomii.

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 polipectomię), 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.....