

Informacja dla pacjenta oraz świadoma zgoda na wykonanie badania manometrii anorektalnej

Imię i nazwisko chorego:.....

PESEL:

Stan ogólny chorego:.....

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań:
.....

Proponowane badanie/metoda leczenia:.....

Manometria odbytu i odbytnicy (inaczej manometria anorektalna) to specjalistyczne badanie, stosowane w gastroenterologii, polegające na ocenie czynności zwieraczy odbytu poprzez pomiar zmian ciśnienia w odbytnicy i odbycie. Manometria odbytu i odbytnicy wykonywana jest w przypadkach ciężkich, uporczywych zaparć lub nietrzymania stolca, ma największe znaczenie przy kwalifikacji do zabiegów operacyjnych końcowego odcinka przewodu pokarmowego.

W trakcie badania przez odbyt wprowadza się do odbytnicy wielokanałowy cewnik o średnicy około 3-4mm, który umożliwi pomiar ciśnienia na wysokości odbytnicy, zwieracza wewnętrznego i zewnętrznego odbytnicy. Na cewniku znajduje się balonik, który w czasie badania wypełniany jest powietrzem. Aparat rejestruje reakcję odbytnicy na wypełnienie balona oraz zmiany ciśnienia pod wpływem parcia, świadomego zaciśnięcia zwieraczy lub kaszlu. Następnie w trakcie defekacji (będącej w tym przypadku wydalaniem cewnika), rejestruje się ciśnienia powstające w końcowym odcinku przewodu pokarmowego (w warunkach fizjologicznych w trakcie próby wydalania cewnika, dochodzi do wzrostu ciśnienia w odbytnicy i jego spadku w obrębie obu zwieraczy). Wyniki pomiarów ciśnienia są rejestrowane przez urządzenie elektroniczne i następnie analizowane przez lekarza z użyciem komputera. Pacjent może obserwować na ekranie komputera wykres obrazujący czynność zwieraczy odbytu.

Do wykonania manometrii pacjent nie musi być na czczo. Badanie wykonuje się w pozycji leżącej. Nie ma potrzeby całkowitego oczyszczenia jelita; wystarcza zastosowanie wlewki doodbytniczej z roztworu fosforanów na godzinę przed badaniem. Badanie jest niebolesne, ale może wywoływać uczucie dyskomfortu i parcia na stolec.

Ryzyko zakażenia podczas manometrii anorektalnej przy aktualnych metodach dezynfekcji i sterylizacji, które stosujemy w naszej pracowni, jest znikome. Ponadto używane są jednorazowe koszulki zakładane na cewnik przed wprowadzeniem do odbytu.

Brak alternatywnej metody leczenia.

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

ROKOWANIE (wypełnia lekarz)

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w danym przypadku

Duże

Średnie

Ograniczone

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zapoznałem się z w/w informacjami, uzyskałem wyjaśnienie wątpliwości i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie badania **manometrii anorektalnej**, z koniecznymi zabiegami terapeutycznymi.

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

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią lekarz spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

PODPIS PACJENTA I LEKARZA:

data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
data podpis oraz pieczętka lekarza	

SPRZECIW PACJENTA:

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałem/Zostałam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
data podpis oraz pieczętka lekarza	

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

.....

.....

.....

.....