

## Informacja dla pacjenta oraz świadoma zgoda na wykonanie badania manometrii

Imię i nazwisko chorego:.....

PESEL: .....

Stan ogólny chorego:.....

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań:

.....

Proponowane badanie/metoda leczenia:.....

Manometria to wyskospecjalistyczne badanie diagnostyczne, stosowane w gastroenterologii, polegające na wprowadzeniu przez nos do żołądka wielokanałowego cewnika, który umożliwia pomiar ciśnienia (napięcia) na wysokości górnego i dolnego zwieracza przełyku oraz w obrębie mięśniówki przełyku. Napięcie w obrębie zwieraczy mierzy się w trakcie powolnego wycofywania cewnika, natomiast w obrębie przełyku - w trakcie połykanie małych porcji wody.

Badanie jest wykorzystywane w diagnostyce dysfagii, zaburzeń motoryki przełyku i pozasercowego bólu w klatce piersiowej.

Do wykonania manometrii pacjent musi być na czczo (min. 6 godz.). Badanie wykonuje się w pozycji siedzącej. Podczas badania pacjent wykonuje serię 10 przełknięć 10ml wody.

Ryzyko zakażenia podczas manometrii przy aktualnych metodach dezynfekcji i sterylizacji, które stosujemy w naszej pracowni, jest znikome.

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**, 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):

.....

.....

.....

.....