

Szpital Powiatowy Sp. z o.o.  
ul. Szewska 23  
87-140 Chełmża

**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY  
NA PRZEPROWADZENIE  
BADANIA/ZABIEGU**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....

NUMER HISTORII CHOROBY:.....

PESEL.....

**INFORMACJA DLA PACJENTA**

**GASTROFIBEROSKOPIA**

(rodzaj zabiegu/badania)

**Opis zabiegu/badania**

Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gastroskopia pozwala nie tylko na wizualną ocenę, ale także na pobranie wycinka do badania histopatologicznego, histopatologicznego także na ewentualne konieczne zabiegi, np., usunięcie polipa, ostrzyknięcie krwawiącego naczynia, czy wyjęcie ciała obcego. Z koniecznością pobrania wycinków jest związane także badanie testem urazowym w kierunku- *Helicobacter pylori* – bakterii wywołującej między innymi chorobę wrzodową. Przygotowanie do badania – badanie wykonuje się na czczo, przed badaniem minimum 2 godziny nie należy nic pić, minimum 6 godzin nie wolno jeść (lepiej dłużej) Należy wyjąć ruchome protezy z jamy ustnej. Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej na lewym boku. Po miejscowym znieczuleniu pacjentowi gardła za pomocą Lignocainy, lekarz zakłada pomiędzy szczęki plastikowy ustnik do jamy ustnej i gardła badanego prosząc go o wykonania ruchu połykowego. Ten moment może być nieprzyjemny dla pacjenta, może wywołać uczucie duszenia i wymaga jego współpracy z lekarzem wykonującym badanie. Badanie trwa zwykle 5-15 minut, jest dla pacjenta nieprzyjemne, ale w zasadzie niebolesne. Również pobieranie wycinków jest całkowicie bezbolesne.

1. **Aparat służący do badania** jest dezynfekcyjny przed każdym badaniem, dlatego zainfekowanie chorego w trakcie badanie jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby ze zmian chorobowych pobrane są wycinki do badania histopatologicznego. Służą do tego celu sterylne szczypczyki co również chroni przed zakażeniem.

2. **Postępowanie po badaniu:** przez 0,5 godziny, a w przypadku pobrania wycinków przez 2 godziny nie wolno nic pić i jeść. Należy bezzwłocznie poinformować swojego lekarza, jeżeli

w ciągu kilku godzin po pobraniu wystąpiły silne bóle jamy brzusznej, czarny stolec lub inne niejasne dla Pani/Pana objawy.

**3. Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko. Należą do nich:** przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, krwawienie (szczególnie po pobraniu wycinków), które wymagają natychmiastowej operacji. Bardzo rzadko dochodzi do powikłań ze strony innych układów lub narządów, jak np. ataku astmy, padaczki, czy zatrzymania czynności serca. Z tymi bardzo rzadkimi powikłaniami należy jednak liczyć w indywidualnych przypadkach. Celem ograniczenia ryzyka wystąpienia powikłań, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po ekstrakcji zęba, bądź skłonność do tworzenia się siniaków po niewielkich urazach? TAK/NIE
2. Czy podobne objawy występują wśród członków Państwa rodziny ? TAK/NIE
3. Czy stosuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość (np. aspiryna, warfin, acenocumarol, polocard, acard)?TAK/NIE
4. Czy choruje Pani/Pan na choroby układu krążenia? TAK/NIE
5. Czy choruje Pani/Pan na astmę? TAK/NIE
6. Czy choruje Pani/Pan na jaskrę? TAK/NIE
7. Czy leczy się Pani/Pan psychiatrycznie? TAK/NIE
8. Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE
9. Czy wystąpiły u Pani/Pana objawy uczulenia na środki lecznicze lub spożywcze? TAK/NIE

### **Wywiad epidemiologiczny**

(w przypadku jakichkolwiek wątpliwości, prosimy o zadawanie pytań).

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania TAK lub NIE- wywiad dotyczy ostatnich 6 miesięcy:

1. Czy chorowałam(em) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę.....
2. Czy otrzymywałam(em) iniekcję, kroplówkę, transfuzję .....
3. Czy byłam(em) leczona(y) w innych placówkach służby zdrowia w tym także w gabinetach prywatnych .....
4. Czy miałam(em) wykonywane badanie endoskopowe .....
5. Czy miałam(em) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsję, punkcję, akupunkturę, operację, pobranie krwi).....
6. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów stomatologicznych.....
7. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów kosmetycznych.....
8. Czy korzystałam(em,) z usług gabinetów okulistycznych.....
9. Czy korzystałam z usług gabinetów ginekologicznych.....
10. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę.....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/-am informacje dla pacjenta dotyczące badania/zabiegu **gastrofiberoskopii** oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z informacją dla pacjenta i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem ..... 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 i ich zaniechania,
- wyników leczenia operacyjnego,
- rokowania,
- ewentualnego leczenia po zabiegu.

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu/badania

### **Gastrofiberoskopia**

*(rodzaj zabiegu)*

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu oraz w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....  
*data*

.....  
*podpis lekarza*

.....  
*data i podpis pacjenta  
albo uprawnionego opiekuna*

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.

Zostałam poinformowana/-ny\* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....  
*data*

.....  
*podpis lekarza*

.....  
*data i podpis pacjenta  
albo uprawnionego opiekuna*

*\*niepotrzebne skreślić*

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....  
(data, podpis i pieczętka lekarza)