

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

.....

PESEL

**KOLONOSKOPIA
(rodzaj zabiegu/badania)**

Badanie kolonoskopowe, które Pani/Panu proponujemy, wymaga uzyskania świadomej zgody. Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym pozwalającym na stwierdzenie lub wykluczenie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopii) z równoczesnym zabiegiem terapeutycznym np. usunięciem polipów, tamowania krwawień w momencie ich wykrycia.

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu pacjenta, polegającym na odpowiednim oczyszczeniu jelita z resztek pokarmowych, najczęściej za pomocą doustnie podanych środków przeczyszczających wspomaganym przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Pacjent otrzymuje dokładną instrukcję dotyczącą przygotowania do badania i zastosowania zaleconego środka przeczyszczającego. Samo badanie wykonane jest za pomocą giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Badanie wykonuje się w sedacji, co zapewnia pacjentowi komfort podczas badania. **W dniu zabiegu nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych.**

W przypadku wystąpienia niepokojących dolegliwości ze strony układu pokarmowego, prosimy o kontakt.

Aparat służący do kolonoskopii jest dezynfekowany przed każdym badaniem. Zainfekowanie pacjenta w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby ze zmian chorobowych pobiera się wycinki do badania histopatologicznego.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. 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

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania Tak lub Nie – wywiad dotyczy ostatnich 6 miesięcy:

1. Czy chorowałam(em) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę
2. Czy otrzymałam(em) iniekcję, kroplówki, 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 przekazane mi podczas rozmowy informacje dla pacjenta dotyczące badania/zabiegu kolonoskopii. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu/badania kolonoskopii 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/-em poinformowana/-ny o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

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

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

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