

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**

**KOLONOSKOPIA**

(rodzaj zabiegu/badania)

**Opis zabiegu/badania**

Badanie kolonoskopowe, które Pani/Panu proponujemy, wymaga uzyskania świadomej zgody. Celem ułatwienia podjętej decyzji, poprzez tę ulotkę i rozmowę informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

**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. Przygotowanie odbywa się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczania jelita. 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 znieczuleniu ogólnym dożylnym, co zapewnia pacjentowi komfort podczas badania oraz brak nieprzyjemnych wspomnień i odczuć.

**Postępowanie po badaniu:** w przypadku znieczulenia nie wolno jeść i pić przez okres ok. 2 godzin po zabiegu, później można jeść pokarmy lekkostrawne. W dniu zabiegu nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych.

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

**Aparat służący do kolonoskopii** jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego zainfekowanie pacjenta w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie

potrzeby ze zmian chorobowych pobiera się wycinki do badania histopatologicznego. Służą do tego celu sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się bardzo rzadko (0,35 %). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%), krwawienie (0,08%), które zwykle 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, 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 informacje dla pacjenta dotyczące badania/zabiegu **kolonoskopii** 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.

<u>Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu/badania</u>		
.....		
(rodzaj zabiegu)		
<u>oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne</u>		
<u>w trakcie przeprowadzania zabiegu oraz w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia,</u>		
<u>ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia</u>		
.....	.....	.....
<i>data</i>	<i>podpis lekarza</i>	<i>data i podpis pacjenta</i> <i>albo uprawnionego opiekuna</i>

<u>Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.</u>		
<u>Zostałam poinformowana/-ny* o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji</u>		
<u>dla mojego zdrowia i życia.</u>		
.....	.....	.....
<i>data</i>	<i>podpis lekarza</i>	<i>data i podpis pacjenta</i> <i>albo uprawnionego opiekuna</i>

\*niepotrzebne skreślić

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....

(data, podpis i pieczętka lekarza)