



## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE ECPW

Imię i nazwisko pacjenta:	
PESEL pacjenta:	

**Endoskopowa Cholangiopankreatografia Wsteczna (ECPW)** jest wysokospecjalistyczną metodą obrazowania pośredniego dróg żółciowych i przewodu trzustkowego. Wykonywana jest przy użyciu endoskopu oraz środka kontrastowego pod kontrolą aparatury rentgenowskiej. Zabieg polega na wprowadzeniu przez usta endoskopu i następnie pod kontrolą wzroku wprowadzenie go przez przełyk, żołądek do dwunastnicy, gdzie znajdują się wspólne ujście drogi żółciowej oraz trzustkowej na tzw. brodawkę większej dwunastnicy (brodawka Vater). Do brodawki wprowadzamy kaniulę przez którą podajemy środek kontrastowy, którego napływ kontrolujemy obrazem radiologicznym. W dużej mierze przypadków aby uzyskać dostęp do dróg żółciowych wymagane jest nacięcie częściowej brodawki Vater (tzw. sfinkterotomia), jest to więc metoda inwazyjna (zabiegowa). Dalsze postępowanie jest uzależnione od uzyskanego obrazu dróg żółciowych lub trzustkowych. W niektórych przypadkach (np.: anomalie anatomiczne, znaczne zaawansowanie zmian patologicznych) nie udaje się uwidocznienia dróg żółciowych - może to wymagać powtórnego badania lub odstąpienia od tej metody i operacji metodą klasyczną. Podczas badania diagnozujemy pod kontrolą wzroku zmiany patologiczne w obrębie brodawki Vater - możliwość pobrania fragmentu tkanek do badania histopatologicznego. Pod kontrolą obrazu rentgenowskiego diagnozujemy patologię zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych i/lub trzustki. W przypadku kamieni istnieje możliwość doraźnego ich usunięcia (zależnie od ich wielkości i możliwości przemieszczenia). W przypadku zwężenia lub niedrożności dróg żółciowych możliwość protezowania. Podczas protezowania zakładane są protezy do przewodu żółciowego lub trzustkowego co umożliwi swobodny wypływ żółci i/lub soku trzustkowego do przewodu pokarmowego. Protezy po różnym okresie czasu ulegają zatkaniu i wymagają wymiany (ponowne badanie ECPW). Instrumentarium służące do badania jak i procedur zabiegowych jest myte i dezynfekowane przed każdym badaniem zmniejszając do minimum ryzyko zainfekowania. Podczas zabiegu możliwe jest zastosowanie leków przeciwbólowych i uspokajających (analgesja) z ich wszystkimi ograniczeniami i ryzykiem powikłań z tym związanymi.

**Możliwe powikłania:** Badanie diagnostyczno-terapeutyczne ECPW obarczone jest ryzykiem powikłań związanym zarówno z procedurą zabiegową (patrz niżej) jak i z podawaniem środka kontrastowego – reakcje uczuleniowe. Ryzyko powikłań (wg piśmiennictwa i doświadczenia ośrodka): Ostre zapalenie trzustki – ok. 3%; ostre martwiczo-krwotoczne zapalenie trzustki powikłane zgonem – 0.13%; krwawienia – wymagające kontroli endoskopowej, przetoczeń krwi itp. 2%; krwawienia - wymagające operacji w trybie doraźnym 0.13%; przedziurawienie jelita 0.13%; ostre zapalenie dróg żółciowych – 1%; powikłania sercowo-płucne, których wystąpienie, nasilenie i częstość ściśle związana jest z wiekiem i chorobami współistniejącymi pacjenta. Stosowanie podczas badania leków uspokajających i przeciwbólowych (tzw. analgesja) może zwiększyć ryzyko powikłań sercowo-płucnych (polekowe niedociśnienie, zmiana częstotliwości pracy serca, niewydolność oddechowa itp.). Wystąpienie powikłań związane może być z potrzebą przedłużenia hospitalizacji, wykonania badań dodatkowych, przetoczenia krwi i środków krwiopochodnych, wykonania ponownego badania endoskopowego, a także zabiegu operacyjnego w trybie pilnym badania w pełnym zakresie. W ok. 5% przypadków (zaawansowanie zmian chorobowych, anomalie anatomiczne, brak współpracy ze strony pacjenta itp.) nie udaje się uzyskać zamierzonego efektu terapeutyczno-diagnostycznego. Po wykonaniu badania i zabiegu endoskopowym konieczne jest wstrzymanie się przez okres 2 godzin od picia płynów i spożywania pokarmów. Związane jest to z ryzykiem zachłyśnięcia po zastosowaniu miejscowego znieczulenia gardła, a także podania w trakcie zabiegu dożylnych środków przeciwbólowych i sedatywnych (uspokajających).

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko przy podawaniu środków znieczulających bądź anestetycznych, prosimy o podanie zarówno w rozmowie z lekarzem, jak i przez zaznaczenie w niniejszym dokumencie informacji o istotnych chorobach, a w szczególności:

• Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień (np. po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zęba)?

TAK / NIE.....

• Czy stosuje Pan/Pani leki wpływające na krzepnięcie krwi (np. Sintrom, Acenocumarol, Warfin, Pradaxa, Xarelto, Zyllt, Brillique, Acard, Polopiryna, Clopidogrel)?

TAK / NIE.....

• Czy jest Pan/Pani na coś uczulona lub zdarzały się reakcje alergiczne na przyjmowane leki? (jeżeli tak, to na które)

TAK / NIE.....

• Czy występują u Pana/Pani padaczka, choroby serca, układu krążenia lub układu oddechowego (jeżeli tak, to jakie)?

TAK / NIE.....

• Czy wszczepiono Pana/Pani sztuczne zastawki serca, stymulatory/defibrylatory serca, protezy naczyniowe (proszę zaznaczyć)?

TAK / NIE.....

• Czy występują u Pana/Pani jakiegokolwiek inne okoliczności, mogące być utrudnieniem w wykonaniu planowanego badania (jeżeli tak, to jakie)?

TAK / NIE.....

Informację o planowanym u mnie badaniu endoskopowym przeczytałem/am i zrozumiałem/am.

W rozmowie z lekarzem miałem/am możliwość zadawania pytań i zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o istocie badania, korzyściach i zagrożeniach wynikających z zastosowania diagnostyki endoskopowej i ewentualnego leczenia endoskopowego, możliwych powikłaniach miejscowych i ogólnych, możliwych skutkach odległych oraz o ewentualnych alternatywnych sposobach diagnostyki i leczenia.

**Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie ECPW** z ewentualnym pobraniem wycinków, sfinekterotomią, protezowaniem dróg żółciowych, a także na wykonanie dodatkowych zabiegów, jeśli w trakcie wykonywania ECPW okaże się to niezbędne i korzystne dla mnie, czego nie przewidziano wcześniej.

Ponadto **wyrażam zgodę na podanie mi leków** uspokajających i przeciwbólowych w trakcie badania, a także na ewentualne znieczulenie ogólne, dożylnie, jeśli będzie to konieczne.

Data i podpis pacjenta:.....

Potwierdzam, że pacjent został przeze mnie szczegółowo poinformowany o istocie planowanego badania endoskopowego, spodziewanych korzyściach wynikających z jego zastosowanie, jego skutkach i ewentualnych powikłaniach oraz został zakwalifikowany do ECPW z powodu:

.....

Data, podpis i pieczętka lekarza wykonującego badanie endoskopowe:

.....