



INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE KOLONOSKOPIA

Imię i nazwisko pacjenta:	
PESEL pacjenta:	

Kolonoskopia to badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego za pomocą kolonoskopu tj. przyrządu pozwalającego na zajrzenie do wnętrza jelita grubego. Giętki aparat wprowadzany jest przez odbytnicę po uprzednim znieczuleniu kanału odbytu lekiem w żelu (lignocaina), wolno przesuwany jest do przodu przez odbytnicę, a następnie wzdłuż całego jelita grubego do kątnicy. W razie potrzeby istnieje możliwość zbadania końcowego odcinka jelita cienkiego. Ewentualne dolegliwości towarzyszące badaniu związane są w dużej mierze ze wzdęciem spowodowanym podawaniem (insuflacją) powietrza do światła jelita umożliwiając jego pełną ocenę. Badanie może być przerwane na prośbę pacjenta w każdym jego momencie. Istnieje możliwość podania leków przeciwbólowych, narkotycznych i sedatywnych, choć zwykle nie jest to potrzebne. Instrument służący do kolonoskopii jest dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby pobiera się ze zmian chorobowych wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem. Jest także możliwość kojarzenia badania diagnostycznego z ewentualnym równoczesnym zabiegiem leczniczym czyli np. usunięciem polipów, co najczęściej jest niebolesne dla pacjenta.

Badanie wykonuje się po odpowiednim oczyszczeniu jelita grubego środkami przeczyszczającymi wydawanymi na receptę (np. Fortrans) dzień przed badaniem. W tym dniu należy powstrzymać się od obfitych posiłków. Należy również przyjmować zalecane wcześniej leki. Modyfikacji postępowania mogą wymagać chorzy na cukrzycę zwłaszcza przyjmujący insulinę. Każdorazowo sposób postępowania należy indywidualnie ustalić. W dniu badania nie należy przyjmować już żadnych posiłków.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza w 100%. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko. Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%), i krwawienie (0,008%), które wymagają zabiegu operacyjnego. Opisywane były także pojedyncze przypadki zaburzeń układu krążenia.

Uwaga! Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu (sedacji), nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia (sedacji) nie jest wskazane prowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko przy ewentualnym podawaniu środków znieczulających bądź anestezyjologicznych, 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 KOLONOSKOPII z ewentualnym pobraniem wycinków, usunięciem polipów, a także na wykonanie dodatkowych zabiegów, jeśli w trakcie wykonywania kolonoskopii okaże się to niezbędne i korzystne dla mnie, czego nie przewidziano wcześniej. Ponadto **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (niewłaściwe skreślić) 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 kolonoskopii z powodu:

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza wykonującego badanie endoskopowe:

.....