



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zdrowie” s.c.

**Centrum Leczenia Chorób Cywilizacyjnych**

23-300 Janów Lubelski ul. Jana Pawła II nr 5

tel. (15) 8723-099 [www.nzoz-zdrowie.pl](http://www.nzoz-zdrowie.pl) fax (15) 8723-094



## INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko).....

PESEL .....

Gastroskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje potrzeba - pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze znalezionych tam zmian. W wypadku krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów, może się okazać koniecznym ich usunięcie za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie gastroskopii istnieje możliwość podania dożylnych środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

**W trakcie gastroskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:**

- perforacja (przedziurawienie) przełyku, odma i zapalenie śródpiersia
- perforacja żołądka lub dwunastnicy, zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego ( np. niewydolność krążeniowo- oddechowa)
- możliwość wymiotów i zachłyśnięcia się treścią z żołądka następstwem którego może być zachyłkowe zapalenie płuc
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawany każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi drobnoustrojami
- część z ww. powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz intensywnej resuscytacji krążeniowo- oddechowej
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne (od wysypki skórnej, swędzenia, po wstrząs anafilaktyczny)
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem.

**Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania**

**(zaznacz właściwą odpowiedź):**

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów? tak    nie
2. Czy zaobserwował/a Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania "siniaków" na skórze? tak    nie
3. Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, leki, jodynę? tak    nie
4. Czy ma Pani/Pan wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę tak    nie



**PROGRAM  
REGIONALNY**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



WOJEWÓDZTWO  
LUBELSKIE

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



5. Czy jest Pani w ciąży? tak    nie

6. Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc ( np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)? tak    nie

7. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepkość krwi ( np. aspiryna, acenocumarol). tak    nie

Jeżeli tak, to jakie? .....

8. Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych ( np. jaskra, epilepsja)? tak    nie

Jeżeli tak, to jakie? .....

9. Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y? tak    nie

Jeśli tak, to proszę podać z jakiego powodu .....

.....

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

**Zachowanie po zabiegu:** z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarny stolec. Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy nie mogą Państwo w przeciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, do domu należy wrócić z opiekunem.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego, a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie. Wyrażam także zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

Wyrażam również zgodę na wgląd w obraz gastrokopowy lekarzom szkolącym się w wykonywaniu tego zabiegu (opcjonalnie) - w razie potrzeby - wykreślić.

CENNIK:	Gastroskopia	160 zł.
	Gastroskopia komfortowa (endoskop przynosowy)	240 zł.
	Sedacja z analgezią	100 zł.
	Test ureazowy	20 zł.
	Polipektomia (jeden polip)	150 zł.
	Polipektomia wielokrotna (drugi polip i każdy następny)	80 zł.
	Badanie Hist-Pat	50 zł. za jedno badanie

Miejsce.....

Data .....

.....

.....

podpis pacjenta(ki)

podpis lekarza