

ZGODA NA GASTROSKOPIĘ

informacja o badaniu, wywiad i zgoda pacjenta

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko PESEL (lub data urodzenia).....

Przedstawiciel ustawowy..... ☐ rodzic ☐ opiekun prawny

2. INFORMACJA O BADANIU proszę przeczytać przed rozmową z lekarzem

Na czym polega badanie. Lekarz wprowadza przez usta cienki, giętki endoskop do przełyku, żołądka i dwunastnicy i ogląda ich błonę śluzową. Przed badaniem gardło znieczula się żelem lub aerozolem, a pacjent wyjmuje ruchome protezy zębowe. Badanie trwa zwykle 7–15 minut. Może wywołać odruch wymiotny, uczucie wzdęcia i odbijanie — to normalne i szybko mija.

W trakcie badania lekarz może, jeśli uzna to za potrzebne:

- pobrać wycinki do badania histopatologicznego, w tym test na obecność bakterii *Helicobacter pylori* (pobranie jest niebolesne);
- usunąć polip pętlą elektryczną;
- zatamować krwawienie przez endoskop.

Znieczulenie. Standardowo znieczula się gardło. Na życzenie pacjenta, po kwalifikacji lekarskiej, badanie można wykonać w krótkim znieczuleniu dożylnym — wtedy potrzebna jest osoba towarzysząca, a przez 24 godziny nie wolno prowadzić pojazdów.

Możliwe powikłania. Badanie jest bezpieczne, a poważne powikłania zdarzają się rzadko. Mogą to być:

- ból gardła, chrypka, wzdęcie — częste, przemijające;
- krwawienie, zwykle po pobraniu wycinków lub usunięciu polipa;
- przedziurawienie (perforacja) przełyku, żołądka lub dwunastnicy — bardzo rzadko;
- zachłyśnięcie treścią żołądka i zachłystowe zapalenie płuc;
- zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia, zaburzenia oddychania, omdlenie — głównie przy znieczuleniu dożylnym;
- reakcja uczuleniowa na leki lub środki znieczulające; uszkodzenie zęba lub protezy;
- zakażenie — wyjątkowo rzadko; sprzęt jest myty, dezynfekowany i sterylizowany zgodnie z procedurami.

Niektóre powikłania mogą wymagać leczenia w szpitalu, operacji lub przetoczenia krwi, a wyjątkowo mogą zagrażać życiu.

Inne metody badania: RTG z kontrastem, tomografia komputerowa, testy na *Helicobacter pylori* (z kału, oddechowy). Nie pozwalają one tak dokładnie ocenić błony śluzowej ani pobrać wycinków.

Rezygnacja z badania. Może opóźnić rozpoznanie i leczenie choroby — np. choroby wrzodowej, zapalenia, nowotworu.

Po badaniu. Przez 2 godziny po badaniu nic nie jemy i nie pijemy. Pilnie skontaktuj się z lekarzem, jeśli wystąpi silny ból brzucha lub w klatce piersiowej, gorączka, wymioty z krwią albo czarny, smolisty stolec. Więcej: www.nzoz-zdrowie.pl → Dla pacjenta → Po badaniu endoskopowym.

Dodatkowe informacje lekarza (np. ryzyko indywidualne).....

Podstawa prawna: art. 31–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; art. 9 i 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. **Ochrona danych:** dane przetwarzamy w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO); pełna informacja — w rejestracji i na www.nzoz-zdrowie.pl; IOD: iod@nzoz-zdrowie.pl.

3. WYWIAD wypełnia pacjent — można to zrobić w domu, przed badaniem

Lp.	Pytanie	Tak	Nie
1	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe lub przeciwplatekcyjne (np. acenokumarol, warfaryna, rywaroksaban, apiksaban, dabigatran, kłopotogrel, tikagrelor, kwas acetylosalicylowy, heparyna)? jakie; kiedy ostatnia dawka; przy acenokumarolu/warfarynie wynik INR:	☐	☐
2	Czy ma Pan/Pani skłonność do krwawień lub siniaków (np. długie krwawienie po wyrwaniu zęba)?	☐	☐
3	Czy jest Pan/Pani uczulony(-a) na leki, środki znieczulające lub lateks? na co:	☐	☐
4	Czy ma Pan/Pani wszczepiony stymulator serca (rozrusznik) lub kardiowerter-defibrylator?	☐	☐
5	Czy choruje Pan/Pani na choroby serca lub płuc (np. zaburzenia rytmu, niewydolność serca, astma, POChP)? jakie:	☐	☐
6	Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? jak leczy (tabletki, insulina):	☐	☐
7	Czy choruje Pan/Pani na jaskrę lub (u Panów) przerost prostaty?	☐	☐
8	Pytanie do Pań: czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią?	☐	☐
9	Czy ma Pan/Pani ruchome protezy zębowe albo przebył(a) operację przełyku lub żołądka?	☐	☐

Inne choroby i stale przyjmowane leki:

Ostatni posiłek — godz. Ostatni płyn — godz.

Oświadczam, że moje odpowiedzi są pełne i prawdziwe, a przygotowanie do badania przeprowadziłem(-am) zgodnie z otrzymaną instrukcją.

4. ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że:

- przeczytałem(-am) informację z części 2, lekarz ją ze mną omówił, mogłem(-am) zadać pytania i miałem(-am) czas na podjęcie decyzji;
- wiem, że gdy w trakcie badania okaże się konieczne postępowanie inne niż opisane, lekarz zapyta mnie o zgodę, a bez niej działa tylko w razie zagrożenia życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu;
- wiem, że mogę cofnąć zgodę w każdej chwili, także w trakcie badania;
- przy świadczeniu odpłatnym — znam cennik i wiem, że znieczulenie dożylnie i usunięcie polipów są płatne dodatkowo, według cennika.

Wyrażam zgodę na wykonanie gastrokopii w znieczuleniu: ☐ miejscowe (gardło) ☐ dożylnie

Jeżeli lekarz uzna to za potrzebne w trakcie badania, zgadzam się na:

pobranie wycinków do badania histopatologicznego (w tym test na <i>Helicobacter pylori</i>)	☐ tak	☐ nie
usunięcie polipów	☐ tak	☐ nie
zatrzymanie krwawienia	☐ tak	☐ nie
obecność lekarzy szkolących się w wykonywaniu badania	☐ tak	☐ nie

.....
data i godzina

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
podpis przedstawiciela
ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza

Pacjent, który ukończył 16 lat, podpisuje zgodę razem z przedstawicielem ustawowym.

5. ODMOWA LUB COFNIĘCIE ZGODY wypełnić tylko w takim przypadku

☐ nie wyrażam zgody ☐ cofam wyrażoną zgodę — na badanie opisane powyżej. Lekarz poinformował mnie o możliwych następstwach tej decyzji.

.....
data i godzina

.....
podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....
podpis i pieczęć lekarza