

ZGODA NA KOLONOSKOPIĘ

informacja o badaniu, wywiad i zgoda pacjenta

Świadczenie: ☐ finansowane przez NFZ ☐ program badań przesiewowych ☐ odpłatne

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 odbył giętki endoskop i ogląda całe jelito grube, a często także końcowy odcinek jelita cienkiego. Do jelita wprowadza się gaz, który może wywołać wzdęcie i przejściowe, skurczowe bóle brzucha. Badanie trwa zwykle 20–30 minut, czasem dłużej. Warunkiem wiarygodnego badania jest dokładne oczyszczenie jelita — przy złym przygotowaniu badanie trzeba niekiedy przerwać i powtórzyć.

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

- pobrać wycinki do badania histopatologicznego (pobranie jest niebolesne);
- usunąć polipy pętlą elektryczną — duże polipy mogą wymagać usunięcia w innym terminie lub w szpitalu;
- zatamować krwawienie przez endoskop.

Znieczulenie. Badanie można wykonać ze znieczuleniem miejscowym (żel znieczulający) albo, po kwalifikacji lekarskiej, w 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:

- wzdęcie i bóle brzucha — częste, przemijające;
- krwawienie — najczęściej po usunięciu polipa; może wystąpić także kilka dni, do 2 tygodni, po badaniu;
- przedziurawienie (perforacja) jelita — rzadko, częściej po usunięciu dużych polipów;
- ból brzucha i gorączka po usunięciu polipa (podrażnienie ściany jelita);
- zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia, zaburzenia oddychania, omdlenie — głównie przy znieczuleniu dożylnym;
- reakcja uczuleniowa na leki; odwodnienie lub zaburzenia elektrolitowe po preparacie przeczyszczającym;
- 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. Kolonoskopia jest najdokładniejszym badaniem jelita grubego, ale może nie wykryć wszystkich zmian — zwłaszcza drobnych lub przy niedokładnym oczyszczeniu jelita.

Inne metody badania: test na krew utajoną w kale, kolonografia TK, badanie kontrastowe. Są mniej dokładne, nie pozwalają pobrać wycinków ani usunąć polipów, a przy nieprawidłowym wyniku i tak potrzebna jest kolonoskopia.

Rezygnacja z badania. Może opóźnić rozpoznanie i leczenie choroby — np. raka jelita grubego — albo pozostawić polipy, które z czasem mogą przekształcić się w nowotwór.

Po badaniu. Po badaniu można jeść. Pilnie skontaktuj się z lekarzem, jeśli wystąpi silny ból brzucha, twardy brzuch, gorączka albo obfite krwawienie z odbytu — także w ciągu 2 tygodni od usunięcia polipa. 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 leczoną (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 przeżył(a) Pan/Pani operacje w obrębie jamy brzusznej lub miednicy?	☐	☐

Inne choroby i stale przyjmowane leki:

Preparat do oczyszczenia jelita ☐ przyjęty w całości ☐ częściowo

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 (za każdy polip) są płatne dodatkowo, według cennika.

Wyrażam zgodę na wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu: ☐ miejscowe (żel) ☐ dożylnie

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

- | | |
|---|---|
| pobranie wycinków do badania histopatologicznego | ☐ tak ☐ nie |
| usunięcie polipów | ☐ tak ☐ nie |
| zatkanie 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