

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG DIAGNOSTYCZNY LUB TERAPEUTYCZNY

KOLONOSKOPIA

Imię pacjenta:

Nazwisko pacjenta:.....

Pesel pacjenta:.....

1. Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. W celu dokładnego określenia tych zmian lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać badania diagnostyczne. Istnieją dwa sposoby badania: (1) poprzez endoskopową ocenę jelita grubego, bądź (2) radiologiczna za pomocą środka kontrastowego wprowadzanego doodbytniczo.

Badanie kolonoskopowe wykonywane jest w obecności lekarza anestezjologa w sedacji-analgezji, które eliminuje nieprzyjemne doznania związane z badaniem., bardzo rzadko konieczne jest znieczulenie ogólne. Ocena endoskopowa jelita jest znacznie dokładniejsza niż w badaniu RTG i w dużym stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia kolonoskopii z pobraniem wycinków lub ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym, co nie jest możliwe w badaniu RTG.

2. Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających, wspomaganych przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Przygotowanie rozpoczyna się w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach, ze względu na stan ogólny pacjenta uniemożliwiający tego typu przygotowanie, czyszczenie jelita polega na kilkudniowej głodówce, połączonej z licznymi doodbytniczymi wlewami czyszczącymi.

Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny, co należy zgłosić lekarzowi wykonującemu badanie. Zwiększony zostanie wówczas stopień sedacji-analgezji aż do pełnego znieczulenia włącznie lub badanie zostanie przerwane. Kolonoskop poddawany jest dezynfekcji wysokiego stopnia przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie pacjenta 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.

3. Możliwe powikłania

Powodzenie przeprowadzenia badania oraz jego pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak niezmiernie rzadko (0,35 %). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%), krwawienie (0,008%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze radsza.

4. Polipektomia

W czasie wykonywania badania mogą być stwierdzone polipy. Doniesienia naukowe oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają, że polip to łagodny nowotwór, który pozostawiony może zezłośliwieć. Zapobiegamy temu przez wykonanie polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa. Istnieją dwa sposoby przeprowadzenia tej operacji: (1) poprzez przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna), bądź (2) z wykorzystaniem endoskopu (za pomocą kleszczyków bądź elektroresekcja pętlą diatermiczną).

Zastosowanie techniki endoskopowej zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań, najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga głębokiej narkozy. Nie bez znaczenia jest również fakt braku blizny na skórze oraz szybki powrót do normalnej aktywności życiowej po zabiegu. Badanie wykonywane jest sprzętem specjalnie dekontaminowanym oraz sterylizowanym wg ogólnie przyjętych zasad, co zmniejsza do minimum ryzyko zainfekowania chorego.

5. Przeprowadzanie zabiegu polipektomii

Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego ocenie możliwości technicznych dokonania zabiegu, polipy usuwa się za pomocą kleszczyków bądź zarzucając pętlę na szypułę polipa i przepala jąprzepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się usunięte polipy i przesyła do oceny mikroskopowej. Możliwe jest również stopniowe usuwanie większych zmian kawałek po kawałku, techniką „kęsową”. Należy podkreślić, że zabiegi te są niebolesne. W niektórych przypadkach, przy bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule, nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i trzeba wówczas wyciąć go metodą chirurgiczną.

6. Możliwe powikłania

Powodzenia zabiegu jak również zupełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz. W trakcie polipektomii może się zdarzyć obfite krwawienie z szypuły polipa, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji. Ryzyko wystąpienia powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka. W trakcie wykonywania kolonoskopii możliwe jest również zatamowanie krwawienia (za pomocą ostrzykiwania miejsca krwawienia, koagulacji miejscowej beamerem argonowym, założenie klipsa).

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych, zanim podejmiemy wspólną decyzję, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1.	Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zęba, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?	Tak / Nie
2.	Czy takie objawy zdarzały się wśród członków Państwa rodziny?	Tak / Nie
3.	Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki spożywcze lub lecznicze?	Tak / Nie
4.	Czy pobiera Pani/Pana leki wpływające na krzepliwość krwi (np. polopiryna, acenokumarol, itp.)?	Tak / Nie

7. Postępowanie po badaniu

W przypadku stosowania znieczulenia ogólnego nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu.

Pojawienie się jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby.

Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście albo, jeśli chcecie wiedzieć więcej o badaniu, wymienionych powikłaniach bądź innych problemach związanych z proponowanym badaniem.

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Oświadczam, że dniar. w rozmowie z lekarzem

1. Otrzymałam/em informację o tym, jaki jest cel badania i spodziewane wyniki.
2. Zostałam/em poinformowany o ryzyku związanym z badaniem i możliwych powikłaniach.
3. Umożliwiono mi nieograniczone zadawanie pytań dotyczących badania i uzyskałam/em na nie wyczerpujące odpowiedzi.
4. Zostałam/em poinformowana/y, że mogę nie zgodzić się na proponowane badanie, oraz poinformowano mnie o możliwych negatywnych skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.
5. Zostałam/em poinformowana/y, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na badanie.
6. Uwagi/zastrzeżenia co do proponowanego badania:.....

☐ **Wyrażam świadomą zgodę bez zastrzeżeń** (lub z powyższymi zastrzeżeniami) na przeprowadzenie u mnie badania kolonoskopii.

☐ **Nie wyrażam zgody** na proponowane mi badanie kolonoskopii.

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna pacjenta*

.....
Data

.....
Czytelny podpis i pieczęć lekarza

W trakcie rozmowy z lekarzem zostałam/em poinformowana/y, że w sytuacji konieczności usunięcia polipa/polipów średniego lub dużego wskazany jest 24 godzinny pobyt w oddziale szpitalnym celem obserwacji wystąpienia ewentualnych powikłań.

7. Zostałam/em poinformowana/y o cenach (**nie dotyczy pacjentów mających wykonywane badanie w ramach NFZ**):

a. usunięcia polipa z badaniem histopatologicznym

b. wycinka endoskopowego (drobny materiał tkankowy pierwsze naczynie z badaniem histopatologicznym) c. 24

godzinnego pobytu w oddziale szpitalnym (aktualne ceny powyższych procedur dostępne są w rejestracji endoskopii

oraz na stronie www.medpolonia.com.pl/cennik)

Wyrażam świadomą zgodę na usunięcie polipa/polipów (średniego/dużego) oraz ewentualną hospitalizację ☐ **Nie wyrażam zgody na usunięcie polipa/polipów (średniego/dużego)**

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta/opiekuna pacjenta*

.....
Data

.....
Czytelny podpis i pieczęć lekarza

* UWAGA: W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent.