

Imię i nazwisko Pacjenta: ✓

PESEL/ Data urodzenia: ✓

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody:

Imię i nazwisko Pacjenta: ✓

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

PESEL/ data urodzenia Pacjenta: ✓

II Nazwa badania:

Kolonoskopia diagnostyczna

III Wskazania do wykonania kolonoskopii:

Bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca: zaparcia, biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów, diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinnie obciążonych chorobami jelita grubego/ zapalenia jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe/.

IV opis przebiegu badania :

Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego.

Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna.

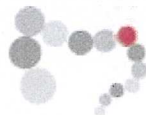
W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: **aspiryna, acard, leki przeciwzakrzepowe, insulina, niesterydowe leki zapalne.**

W trakcie badania pacjent leży boku plecach- pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita.

Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt odbytnicy a następnie pozostałych odcinków jelita grubego.

Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywołać uczucie rozpoznania, wzdęcia.

Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pociąganie krezki jelita o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważy podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego, aby



Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL/ Data urodzenia:

określić jej charakter / zmiana nowotworowa, nienowotworowa/. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie

różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego: usunięcie polipów.

Jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowych usunięcia leczą się operacyjnie.

Badanie wykonuje się w sedacji.

V Opis powikłań standardowych związanych z proponowanym badaniem:

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w rękach doświadczonego endoskopisty. Komplikacje są rzadkie jednakże mogą wystąpić. Średnie ryzyko wystąpienia powikłań szacowane jest na 0,35%. Ryzyko zwiększa się u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, choroba nowotworowa oraz u osób u których wykonuje się jednocześnie zabiegi endoskopowe w jelicie grubym.

1. krwawienie – częstość występowania 1-1,5 % w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego,
2. perforacja przewodu pokarmowego- częstość występowania poniżej 1% po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym- najczęściej wymaga leczenia operacyjnego,
3. mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej- częstość występowania poniżej 1%,
4. reakcja na podawane leki- częstość występowania poniżej 1 %,
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego- częstość występowania poniżej 1%.

VI Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta:

(miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

.....

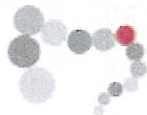
.....

.....

.....

.....

.....



Imię i nazwisko Pacjenta: [✓]

PESEL/ Data urodzenia: [✓]

VII Postępowanie po badaniu:

Po badaniu mogą być odczuwalne wzdęcia, bóle spowodowane wprowadzonym podczas badania do jelita powietrzem.

Powyższe dolegliwości mijają po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można zjeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej.

24 h po badaniu z zastosowanym znieczuleniem zabrania się prowadzenia pojazdów mechanicznych. Pacjent opuszcza pracownię pod opieką osoby towarzyszącej.

VIII Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego badania:

Brak diagnostyki jelita grubego, brak możliwości wdrożenia odpowiedniego przyczynowego leczenia chorób jelita grubego, w przypadku nierozpoznanych i nieleczonych zmian guzowatych nowotworowych i nienowotworowych możliwość wystąpienia niedrożności przewodu pokarmowego.

X OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem/łam* się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem/łam* poinformowany/na* przez..... O proponowanym rodzaju leczenia.

Oświadczam, iż miałem/łam* możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/łam na nie odpowiedź.

W przypadku pytań/ wątpliwości dotyczących proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....
.....

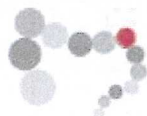
Data i podpis pacjenta [✓]

~~Data i podpis przedstawiciela ustawowego~~

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie proponowanego badania.

Data i podpis pacjenta [✓]

~~Data i podpis przedstawiciela ustawowego~~



Imię i nazwisko Pacjenta: ✓

PESEL/ Data urodzenia: ✓

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego badania z powodu

Data i podpis pacjenta

~~Data i podpis przedstawiciela ustawowego~~

Czy jest Pan/ Pani uczulona na środki lecznicze?

TAK/NIE

Czy pobiera Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi?

TAK/NIE

Osoby przyjmujące leki obniżające krzepliwość krwi powinny skonsultować się z lekarzem kierującym na badanie.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta ✓

~~Data i podpis przedstawiciela ustawowego~~

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia

* niepotrzebne skreślić