

Nazwisko i imię pacjenta :

Nr PESEL*:

SZPITAL POWIATOWY
im. Alfreda Sokółowskiego Złotów
77-400 ZŁOTÓW, ul. Szpitalna 28
*Pracownia Diagnostyki
Sonograficznej i Endoskopowej*

pieczęć oddziału/pracowni

ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE GASTROSKOPII

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby tę decyzję ułatwić, informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o zasadności, przebiegu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz ewentualnych badań dodatkowych (np. rentgenowskich) istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą górny odcinek przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawrotość wrzodów, lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Brak obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych.

Przeprowadzenie badania

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła fibroskop średnicy ok. 1 cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia. Wymaga współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut. Jest w niewielkim stopniu nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne, podobnie, jak pobieranie wycinków. Instrument służący do badania jest każdorazowo specjalnie dezynfekowany. Zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

Możliwe powikłania

Powikłania gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badań).

Niekiedy może też dojść do krwawienia, głównie po gastroskopii terapeutycznej. Powikłania takie zwykle wymagają szybkiego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca. **Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na następujące pytania:**

Prawidłową odpowiedź proszę zaznaczyć w kółko:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania siniaków po niewielkich urazach mechanicznych?

Tak Nie

2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?

Tak Nie

3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumaryl, Acard, Ticlo, Plavix, itp.)?

Tak Nie

4. Czy choruje Pani/Pan na oczy (jaskra)?

Tak Nie

Skutek odmowy zgody na wykonanie badania

Wiąże się on z brakiem postawienia diagnozy lekarskiej i zastosowania metody leczniczej.

Metody alternatywne dla gastroskopii

- kapsułka endoskopowa (najbliższy ośrodek w Szczecinie i Gdańsku)
- RTG dwufazowe górnego odcinka przewodu pokarmowego (najbliższy ośrodek w Pile, Poznaniu, Bydgoszczy).

Postępowanie po badaniu

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godziny po badaniu nic jeść ani pić, aby uniknąć zadławienia. Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej, bądź zaobserwujecie czarny stolec. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeżeli czegoś Państwo nie zrozumieliście, lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

ZGODA PACJENTA: Oświadczam, że w sposób zrozumiały przeprowadzono z mną rozmowę dotyczącą zasadności wykonania badania, jego przebiegu ewentualnych powikłań. Nie mam zastrzeżeń i w pełni świadomie **wyrażam zgodę na wykonanie gastroskopii oraz ewentualnych innych dodatkowych zabiegów** (pobranie wycinków do badania histopatologicznego itp).

.....
Nazwisko i imię pacjenta/opiekuna prawnego

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

Termin badania :, o godzinę prosimy zapytać w dniu : (8:00-13:00)

Wyznaczona godzina badania może ulec przesunięciu. W razie rezygnacji/braku możliwości stawienia się w wyznaczonym terminie prosimy o informację co najmniej na 5 dni przed datą badania. Telefon: 67 2632233 wew. 407

W DNIU BADANIA PROSZĘ BYĆ NA CZCZO!