

ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE KOLONOSKOPII

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie? Na podstawie badania lekarskiego i ew. wykonanych badań dodatkowych istnieje u Pani/Pana podejrzenie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. Celem potwierdzenia i dokładnego określenia tych zmian lub ich wykluczenia należy wykonać badania diagnostyczne. Jednym z nich jest kolonoskopia tj. endoskopowa metoda oceny jelita grubego. Alternatywą dla kolonoskopii jest metoda radiologiczna (RTG dwufazowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego z użyciem środka kontrastowego wprowadzanego doodbytniczo, najbliższy ośrodek w Pile, Poznaniu i Bydgoszczy) lub wirtualna kolonoskopia (Pila). Zastosowanie techniki endoskopowej w większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego. Najczęściej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub są one niewielkie, a sama ocena jelita jest znacznie dokładniejsza niż w badaniu RTG, co w znacznym stopniu minimalizuje ryzyko pominięcia zmian chorobowych. Kolonoskopia daje możliwość skojarzenia badania diagnostycznego z równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (np. usunięcie polipów). Nie jest to możliwe w przypadku metody radiologicznej czy kolonoskopii wirtualnej.

Przeprowadzenie badania. Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita. W tym celu stosuje się zwykle doustne środki przeczyszczające, wspomagane przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Przygotowanie odbywa się w przeddzień zabiegu. 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 momentami nieco bolesny. Ewentualny ból należy odróżnić od stale występującego wzdęcia spowodowanego podawaniem powietrza do światła jelita. Ból należy zgłosić lekarzowi. Jego stałe utrzymywanie się może być wskazaniem do odstąpienia od dalszej oceny jelita. Instrument służący do kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest praktycznie niemożliwe. W trakcie kolonoskopii w razie potrzeby usuwa się zmiany i/lub pobiera wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

Możliwe powikłania. Powodzenie badania oraz 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 rzadsza.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań, niezbędne jest uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

(Prawidłową odpowiedź proszę otoczyć kółkiem)

- | | |
|--|-----------|
| 1. Czy był Pan/i operowany /na i znieczulany /na ? | tak / nie |
| 2. Czy choruje Pan/i na choroby układu oddechowego (np. astma oskrzelowa, POCHP, rozedma płuc, gruźlica, odma opłucnowa, obrzęk płuc) ? | tak / nie |
| 3. Czy choruje Pan/i na choroby układu nerwowego (np. przebyte udar mózgu, padaczka, SM, choroby nerwowo-mięśniowe, choroba Parkinsona, miastenia) ? | tak / nie |
| 4. Czy choruje Pan /i na nerki ? | tak / nie |
| 5. Czy choruje Pan /i na chorobę wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy ? | tak / nie |
| 6. Czy choruje Pan/i na schorzenia wątroby (np. marskość, zapalenie) ? | tak / nie |
| 7. Czy choruje Pan/i na cukrzycę ? | tak / nie |
| 8. Czy cierpi Pan/i na choroby oczu (jaskra) ? | tak / nie |
| 9. Czy choruje Pan/i na schorzenia układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, przebyte zawał m. sercowego, zaburzenia rytmu serca) ? | tak / nie |
| 10. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania siniaków po niewielkich urazach mechanicznych? | tak / nie |
| 11. Czy pobiera Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Aspiryna, Acard, Sintrom, Wargin, Acenokumarol, Plavix itp.)? | tak / nie |
| 12. Czy choruje Pan/i na inne nie wymienione w ankiecie schorzenia? Jakież? | tak / nie |
| 13. Czy jest Pan/i uczulony/a na leki, środki spożywcze itp.? Jakież? | tak / nie |
| 14. Czy stosuje Pan/i leki na stałe? Jakież? | tak / nie |

Postępowanie po badaniu. W razie potrzeby pacjent przebywa w sali obserwacyjnej, po czym pod opieką osoby towarzyszącej może udać się do domu. W przypadku zastosowania znieczulenia nie wolno jeść ani pić przez min. 2 godziny po zabiegu. Obowiązuje 12-godzinny bezwzględny zakaz prowadzenia pojazdów i maszyn mechanicznych oraz picia alkoholu. W bardzo rzadkich przypadkach może zaistnieć konieczność dłuższej obserwacji w oddziale szpitalnym. Prosimy uwzględnić to w swoich planach. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pana/Pani objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

* w przypadku braku nr PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

INFORMACJA DLA PACJENTA ODNOŚNIE PRZYGOTOWANIA DO KOLONOSKOPII

W trosce o należyte przygotowanie jelita grubego do badania prosimy o zastosowanie się do poniższych zaleceń:

- ❖ Na 4 dni przed planowaną kolonoskopią nie należy spożywać owoców i warzyw pestkowych (np. winogron, pomidorów, kiwi, truskawek) oraz pestek siemienia lnianego i maku.
- ❖ Przed przygotowaniem i zastosowaniem preparatu przeczyszczającego prosimy o przeczytanie ulotki informacyjnej dołączonej do preparatu. W dniu poprzedzającym badanie, około godziny 11:00, należy przygotować 4 litry roztworu przeczyszczającego, rozpuszczając każdą z 4 torebek w 1 litrze NIEGAZOWANEJ ciepłej wody (postępować zgodnie z ulotką).
- ❖ Przygotowane roztwory należy wypić w ciągu 3-4 godzin. Od chwili wypicia środka nie należy nic jeść. Można pić dowolną ilość NIEGAZOWANEJ wody mineralnej.
- ❖ Normalną reakcją na lek powinny być wypróżnienia, pod koniec treścią płynną. Wypróżnienia czystą wodą oznaczają dobre przygotowanie do badania.
- ❖ W dniu badania nie przyjmować jakichkolwiek posiłków. Wodę można pić do 2 godzin przed badaniem.

UWAGI

1. Osoby z chorobami wymagającymi stałego przyjmowania leków (np. nadciśnienie tętnicze, choroba serca, padaczka) w dniu badania powinny zażyć poranną dawkę leku popijając wodą. Pacjenci powinni znać nazwy i dawki leków lub posiadać ich spis. Wskazane jest zabranie ze sobą tych leków.
2. Osoby chorujące na cukrzycę, kobiety ciężarne i karmiące piersią powinny dodatkowo skonsultować z lekarzem sposób przygotowania do badania oraz poinformować rejestrację naszego ośrodka.
3. Osoby przyjmujące leki przeciwkrzepliwe powinny, po konsultacji z lekarzem prowadzącym, przerwać ich stosowanie na 7 dni przed badaniem. Konieczna może być zmiana leków na heparynę niskocząsteczkową (np. Fraxiparyna, Clexane).
4. W przypadku badania wykonywanego w trybie ambulatoryjnym **niezbędne jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (np. lekarz rodzinny) oraz dostarczenie wyniku: morfologii krwi, INR, APTT, jonogramu oraz EKG (dotyczy pacjentów po 40 roku życia).** Prosimy okazać lekarzowi dotychczasową dokumentację medyczną: wyniki poprzednich endoskopii, badań histopatologicznych, karty informacyjne z leczenia szpitalnego itp.
5. **Na badanie prosimy zgłosić się z osobą towarzyszącą.** Osoby wymagające okularów do czytania proszone są o zabranie ich ze sobą.
6. Wyznaczona godzina badania może ulec przesunięciu ponieważ czas trwania kolonoskopii jest trudny do przewidzenia. **W razie rezygnacji/braku możliwości stawienia się w wyznaczonym terminie prosimy o informację co najmniej na 5 dni przed datą badania.**
7. Nie wyrażenie zgody na badanie uniemożliwia jego wykonanie, co skutkuje brakiem postawienia diagnozy i zastosowania ew. metody leczniczej.

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

.....
Nazwisko i imię pacjenta lub opiekuna.....
Data i podpis pacjenta.....
Data, pieczęć i podpis lekarza

Termin badania:, o godzinę prosimy zapytać w dniu (8:00-13.00)

Telefon: 67 263 22 33 wew. 470

* w przypadku braku nr PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość