

## ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE GASTROSKOPII

.....  
Nazwisko i imię badanego pacjenta lub opiekuna

.....  
PESEL

### **Dlaczego Proponujemy Państwu to badanie?**

Na podstawie przeprowadzonego dotychczas badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz ewentualnych badań dodatkowych istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą górną część przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawrotowość wrzodów lub oceny mikroskopowej w przypadku wrzodu żołądka, polipa lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru metody leczenia. Istnieje również możliwość jednoczesnego wycięcia polipów. Brak obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

### **Przebieg badania**

Przed badaniem należy zdjąć okulary oraz wyjąć protezy zębowe. Następnie gardło zostaje znieczulone lekiem w postaci żelu nałożonego na końcówkę aparatu, co pozwala ograniczyć dyskomfort związany z wprowadzaniem aparatu. Badanie gastroskopii jest wykonywane w pozycji leżącej, na lewym boku, z głową przygiętą do klatki piersiowej. Gastroskop jest wprowadzany przez ustnik, który badana osoba trzyma zębami do końca trwania badania. 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.

### **Możliwe powikłania**

Powikłania po gastroskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Najczęściej może dojść do krwawienia, głównie po pobraniu wycinków. Powikłania takie wymagają zwykle szybkiej interwencji endoskopowej, bardzo rzadko leczenia operacyjnego. Sporadycznie dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymania akcji serca.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia, oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych? | Tak | Nie |
| 2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?  | Tak | Nie |
| 3. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Akard Polocard, Bestpirin, Acenokumarol, Ticlopidyna, Plavix, Warfin, Xarelto itp.)?   | Tak | Nie |
| 4. Czy choruje Pani/Pan na poważne schorzenia serca, układu krążenia lub układu oddechowego, choroby oczu, cukrzycę, padaczkę lub choroby psychiczne?   | Tak | Nie |
- Jeśli tak, to jakie .....

## Postępowanie po badaniu

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godziny po badaniu nic jeść ani pić, aby uniknąć zachłyśnięcia. 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.

Oświadczam, że:

- zapoznałem się ze szczegółowym opisem badania;
- w pełni zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu i proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów;
- zgadzam się również na zabieg pobierania wycinków i zabieg polipektomii;

## Wywiad epidemiologiczny:

**Proszę odpowiedzieć na następujące pytania**

**- wywiad dotyczy ostatnich 6 miesięcy:**

**Prawidłową odpowiedź zakresł kółeczkiem**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Czy chorowałam(em) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę?  | Tak | Nie |
| 2. Czy otrzymywałam(em) iniekcję, kroplówki, transfuzję?   | Tak | Nie |
| 3. Czy miałam(em) wykonywane badanie endoskopowe?  | Tak | Nie |
| 4. Czy miałam(em) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsję, punkcję, akupunkturę, operację, pobranie krwi)? | Tak | Nie |
| 5. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów stomatologicznych?  | Tak | Nie |
| 6. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów kosmetycznych?  | Tak | Nie |
| 7. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów okulistycznych?   | Tak | Nie |
| 8. Czy korzystałam z usług gabinetów ginekologicznych?   | Tak | Nie |

.....  
Data i podpis pacjenta/ opiekuna