

**SZPITAL BARLINEK SPÓŁKA Z O.O.**

**INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE KOŁONOSKOPII DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZEJ**

**Imię , nazwisko**

**PESEL**

**Badanie wymaga pisemnej zgody Pani/Pana.**

Aby ułatwić decyzję informujemy o przebiegu badania , korzyściach i możliwych powikłaniach wynikających z wykonania gastrokopii.

**I. Wskazania do kolonoskopii:**

1. diagnostyka jelita grubego
2. diagnostyka zaburzeń oddawania stolca ( zaparcia , biegunki)
3. nieokreślone bóle brzucha
4. krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego
5. diagnostyka zmian w śluzówce jelita powodowanych przez choroby zapalne
6. usunięcie polipów lub kontrola po polipektomii
7. przed i po niektórymi zabiegami chirurgicznymi
8. badanie profilaktyczne (np. rak jelita grubego).

Nie ma obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

**II. Przygotowanie do badania:**

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita za pomocą doustnie podanych środków przeczyszczających według instrukcji stosowanego preparatu.

**Od dobrego przygotowania jelita zależy wartość i bezpieczeństwo badania, ponieważ zalegające resztki pokarmowe uniemożliwiają dokładną ocenę błony śluzowej jelita grubego.**

**III. Przebieg badania:**

Samo badanie wykonywane jest w pozycji leżącej, przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego. Instrument służący do kolonoskopii jest dezynfekowany w myjni automatycznej po każdym badaniu. Zwykle badanie trwa około 30 minut i jest dobrze tolerowane przez pacjentów. W trakcie możecie państwo odczuwać parcie, wzdęcia, kolkę wynikające z podawania powietrza do światła jelita.

**IV. Możliwe powikłania:**

Kolonoskopia i biopsja mimo , że należą do inwazyjnych badań są bezpieczne w rękach doświadczonego endoskopisty. **Komplikacje są rzadkie (0,04% przypadków)** , jednakże mogą wystąpić : **przedziurawienie ściany jelita (0,1 – 0,03 %)**, **krwawienie, szczególnie po usunięciu polipów (0,2 – 3 %)**, a także zaburzenia ze strony układu krążenia i oddechowego oraz reakcje na środki podawane w celu uzyskania analgezji ( znieczulenia). Opisywane były również pojedyncze przypadki zaburzeń rytmu i zatrzymania akcji serca. Śmiertelność w czasie kolonoskopii odnotowana w światowym piśmiennictwie oceniona została na **0,006%**.

**Leczenie części z w/w powikłań może wymagać natychmiastowej operacji.**

Chcąc zminimalizować ryzyko powikłań prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

**Czy choruje lub chorował/a Pan/Pani na :**

Choroby serca : choroba wieńcowa , zawał serca	TAK	NIE
Choroby płuc : gruźlica, astma, POCHP, przewlekłe zapalenie oskrzeli	TAK	NIE
Cukrzycę	TAK	NIE
Padaczkę	TAK	NIE
Choroby krwi: skłonność do krwawień, siniaków	TAK	NIE
Uczulenia na leki	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy przyjmuję pan/i leki obniżające krzepnięcie krwi ? Jakie?	TAK	NIE

**Osoby z chorobami wymagającymi stałego , regularnego przyjmowania leków w dniu badania powinny zażyć poranną dawkę leku.**

**Oświadczenie pacjenta/-tki**

Oświadczenie, że w czasie rozmowy z lekarzem.....  
uzyskałam/uzyskałem wyczerpujące informacje na temat badania i ewentualnych powikłań  
oraz miałam/miałem możliwość zadawania pytań i wyjaśnienia wątpliwości.

**Wyrażam zgodę na wykonanie kolonoskopii diagnostyczno- leczniczej** oraz na inne konieczne zabiegi, pobranie wycinków, usunięcie polipów, koagulację. Jednocześnie wyrażam zgodę na podanie środków przeciwbólowych i uspokajających(analgosedacji) w trakcie wykonywania badania. W przypadku ich zastosowania pacjent/tka nie powinien prowadzić pojazdów mechanicznych po badaniu , np. samochodu.

.....  
Data, podpis lekarza

.....  
data i czytelny podpis pacjenta/  
opiekuna prawnego

**Nie wyrażam zgody na wykonanie kolonoskopii**

.....  
data , podpis lekarza

.....  
data i czytelny podpis pacjenta/  
opiekuna prawnego