SZPITAL BARLINEK SPÓŁKA Z O.O.
INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GASTROSKOPII 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 gastroskopii.

I. Wskazania do gastroskopii:

1. podejrzenie choroby w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy
2. pobranie wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii Helikobacter pylori odpowiedzialnej za większość chorób w tej części przewodu pokarmowego
3. pobranie wycinka w celu oceny mikroskopowego w przypadku stwierdzenia wrzodu , polipa lub guza
4. krwawienie z przewodu pokarmowego.

Nie ma obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

II. Przygotowanie do badania:

W dniu badania należy być na czczo tzn. co najmniej 6 godzin przed badaniem nie powinno się przyjmować napojów , jedzenia , leków doustnych. Nie wolno również palić papierosów i żuć gumy. Przed badaniem należy usunąć z jamy ustnej protezy zębowe lub inne ruchome części protetyczne.

III. Przebieg badania:

Badanie wykonuje lekarz w Pracowni Endoskopowej w asyście pielęgniarki.

Badanie rozpoczyna się od znieczulenia gardła sprayem znieczulającym (Xylocaina), co pozwala zneutralizować odruchy wymiotne w chwili wprowadzania endoskopu.

Po znieczuleniu może pozostać niewielkie drętwienie w jamie ustnej.

Badanie przeprowadza się w pozycji leżącej, na lewym boku. Endoskop- cienki, giętki i gładki instrument (średnicy ok. 1,0 cm) będzie wprowadzony przez usta , gardło do przełyku, a następnie do żołądka i dwunastnicy. Z pomocą źródła światła i specjalnego układu optycznego oraz miniaturowej kamery Video zainstalowanej na końcówce aparatu możliwe jest uwidocznienie na ekranie monitora błony śluzowej i ocena jej wyglądu w poszczególnych częściach górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Do dokładnej oceny wszystkich części badanych narządów potrzebne jest wprowadzenie (wdmuchanie) powietrza przez oddzielny kanał w aparacie, co może wywołać uczucie niewielkiego wzdęcia i odbijania. Są to zjawiska normalne w trakcie badania i ustępują zaraz po jego zakończeniu (zwykle usuwa się nadmiar powietrza poprzez jego odessanie pod koniec badania).

Możliwe jest też pobranie materiału do badania histopatologicznego za pomocą specjalnych szczypczyków wprowadzonych przez odpowiedni kanał biopsyjny w endoskopie.

Pobieranie wycinków jest niebolesne, bezpieczne, sprawne i umożliwia postawienie diagnozy. Najczęściej całe badanie trwa od 5-ciu do 10 minut.

Po badaniu można jeść i pić po 30 minutach, gdy minie uczucie drętwienia gardła wywołanego znieczuleniem. W przypadku pobierania wycinków lub usunięcia polipów

zaleca się pozostać na czczo jeszcze 2 godziny, a później w dniu badania spożywać tylko chłodne i mało pikantne posiłki.

IV. Możliwe powikłania:

1. skaleczenia błony śluzowej (krwawienie) i mechaniczne uszkodzenia badanego narządu (np. perforacja żołądka)
2. zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, zaostrzenie w przebiegu choroby niedokrwiennej serca i związane z tym bóle dławicowe)
3. reakcje uczuleniowe na użyte środki znieczulające

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

*właściwe zaznaczyć w kółko

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 gastroskopii diagnostyczno- leczniczej oraz na inne konieczne zabiegi, pobranie wycinków, usunięcie polipów, koagulację. Jednocześnie wyrażam zgodę na podanie środków przeciwbólowych i uspokajających w trakcie wykonywania badania.

…… ……..

Data, podpis lekarza data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na wykonanie gastroskopii

…… ……..

data , podpis lekarza data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego