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

*właściwe zaznaczyć w kółko

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