

FORMULARZ ZGODY

I Informacje o osobach uprawnionych do wyrażenia zgody

Imię i nazwisko Pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

PESEL/Data urodzenia:

II Nazwa procedury medycznej lub zabiegu

Gastroskopia /panendoskopia/ diagnostyczna i zabiegowa.

III Wskazania do gastroskopii/panendoskopii/

Wskazania do gastroskopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby organicznej /choroby wrzodowej, nowotworowej/, podejrzenie uszkodze błony łuzowej przełyku, ołdka, dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu /choroba refluksowa, przełyk Barretta, niedokrwistość żelazna/, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastroskopii zabiegowej: usuwanie ciał obcych, leczenie żylaków przełyku, udranianie żwłeczek, usuwanie zmian patologicznych /polipów, niektórych zmian nowotworowych/.

IV Opis przebiegu proponowanego badania:

Gastroskopia /panendoskopia/ jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić przełyk, ołdek, oraz znaczną część dwunastnicy. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta lub nos do przełyku, a następnie do ołdka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badanie pozwala na dokładną ocenę błony łuzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, widoczne są zmiany chorobowe błony łuzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, ołdka i dwunastnicy, fałdy, widoczne naczynia krwionośne, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych i dlatego może być wykonywana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również ambulatoryjnie. Najczęściej celem badania jest diagnostyka (rozpoznawanie) chorób przewodu pokarmowego, między innymi: żylaków, uchyłków, zmian zapalnych, choroby wrzodowej, chorób bakteryjnych i grzybiczych, zmian spowodowanych działaniem czynników chemicznych, diagnostyka i wykluczenie zmian nowotworowych, ustalenie miejsca krwawienia. Pobranie wycinków do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Różnorodność narzędzi endoskopowych umożliwia wykonanie pewnych zabiegów takich jak:

1. leczenie żylaków przełyku poprzez ich ostrzykiwanie rodkami obliterującymi, klejami tkankowymi czy zakładaniem opasek gumowych,
2. usuwanie ciał obcych,
3. usuwanie polipów i zmian płaskich,
4. udranianie żwłeczek nowotworowych i nienowotworowych poprzez mechaniczne poszerzanie, niszczenie tkanek patologicznych sondą argonową lub laserem, wprowadzenie protez udraniających,
5. zamykanie przetok,
6. zakładanie przetok odbytowych co pozwala na uniknięcie leczenia operacyjnego.

Badanie diagnostyczne wykonywane jest w trybie ambulatoryjnym, gastroscopia z wykonaniem zabiegu endoskopowego zazwyczaj wymaga hospitalizacji. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym gardła lub je eli s wskazania w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

V Opis innych dostępnych metod

Badania alternatywne do gastroscopii: badanie radiologiczne w kontrastem, endoscopia kapsułkowa, tomografia komputerowa, Badania te nie pozwalają na; precyzyjne i dokładne ocen badanych narządów, na pobranie materiału do badania histopatologicznego, nie pozwalają te na wykonanie zabiegów endoskopowych.

VI Opis powikłań standardowych związanych z proponowanymi procedurami medycznymi lub operacyjnymi

Gastroscopia jest badaniem bezpiecznym je eli wykonywana jest przez doświadczonego endoskopistę. Jako metoda inwazyjna obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań.

1. perforacja przewodu pokarmowego – częstota występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych do 17% po zabiegach endoskopowych - najczęściej wymaga leczenia operacyjnego
2. krwawienie - częstota występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, 1-1,5% po zabiegach endoskopowych - w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie luzówki - częstota występowania poniżej 1% - leczenie zachowawcze
4. reakcja na podawane leki - częstota występowania poniżej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – częstota występowania poniżej 1%

VII Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem)

.....

.....

.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po gastroscopii możliwe wystąpienie wzdęcia, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej-objawy ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po zabiegach endoskopowych konieczna może być hospitalizacja a jej okres zależy od wykonanego zabiegu endoskopowego /zazwyczaj 24-48godzin/.

IX Opis możliwości rezygnacji z proponowanego badania i leczenia

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego zachowawczego lub operacyjnego.

X O wiadczenie pacjenta

Niniejszym o wiadczam, i zapoznałem(am) si z tre ci niniejszego formularza oraz poinformowany(a) przez o proponowanym rodzaju leczenia. O wiadczam, i miałem(am) mo liwo zadawania pyta dotycz cych proponowanego leczenia i otrzymałem(am) na nie odpowied . Je eli macie Pa stwo jeszcze jakie pytania dotycz ce proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poni ej:

.....
.....
.....

Data i podpis pacjenta:

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

.....

Wyra am dobrowolnie zgod na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta:

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

.....

Nie wyra am zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data i podpis pacjenta:

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

.....

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyra enia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu)

.....
.....
.....

O wiadczam, e podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem(am) istotnych informacji dotycz cych stanu zdrowia, bada oraz przebytych chorób.

Data i podpis pacjenta:

.....

Data i podpis przedstawiciela ustawowego:

.....

Data i podpis lekarza udzielaj cego informacji o proponowanej metodzie leczenia:

.....