

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

Kolonoskopia diagnostyczna i zabiegowa.

III Wskazania do wykonania kolonoskopii

Bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca: zaparcia, biegunka, krwawienie jelitowe, utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów, diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowych wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinnie obciążonych chorobami jelita grubego /zapalenie jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe/.

IV Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego.

Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna. W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, acard, leki przeciwkrzepliwie, insulina, niesterydowe leki przeciwzapalne. W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach-pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu takiego instrumentu przez odbytnicę a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpierania, wzdęcia. Mogą wystąpić dolegliwie ci bóle związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pocieraniem kreski jelita o czym należy dorazowo poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwie ci bólów mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważy podejrzenie zmian pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter /zmiana nowotworowa, nienowotworowa/. Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego;

1. usunięcie polipów. Jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowego usunięcia leczą się operacyjnie.
2. tamowanie krwawień. Miejsca krwawienia zidentyfikowane podczas badania ostrzykuje się rodkami obliterującymi, koaguluje lub zakłada się klipsy metalowe na krwawiące naczynia.
3. udrańnianie zwężeń nienowotworowych: poprzez mechaniczne poszerzenie miejsca zwężenia, nacięcie miejsca zwężenia w granicach bezpieczeństwa, wprowadzenie protezy udrańniającej.

4. udra nianie zw e nowotworowych: niszczenie tkanki nowotworowej sond argonow ,
wprowadzenie protezy udra niaj cej.

Badanie wykonuje si w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i mo liwych zagro eniach z nim zwi zanych poinformuje Pa stwa lekarz anestezjolog.

V Opis innych dost pnych metod leczenia

Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi s badania radiologiczne z wlewem rodka kontrastowego do wiatła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. S one badaniami uzupełniaj cymi i nie mog zast pi badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalaj cym oceni wiatło jelita grubego jest kapsułka endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego ani na przeprowadzenie zabiegów wewn trz jelita.

VI Opis powikła standardowych zwi zanych z proponowan procedur medyczn lub operacj

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w r kach do wiadzonego endoskopisty. Komplikacje s rzadkie jednak e mog wyst pi . rednie ryzyko wyst pienia powikła szacowane jest na 0.35%. Ryzyko zwi ksza si u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, chorob nowotworow oraz u osób u których wykonuje si jednoczasowo zabiegi endoskopowe w jelicie grubym.

1. krwawienie - cz sto wst powania 1-1.5% w wi kszosci przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego
2. perforacja przewodu pokarmowego – cz sto wyst powania poni ej 1 % po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym - najcz ciej wymaga leczenia operacyjnego
3. mechaniczne uszkodzenie błony luzowej - cz sto wyst powania poni ej 1 %
4. reakcja na podawane leki - cz sto wyst powania poni ej 1%
5. powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego – cz sto wyst powania poni ej 1 %

VII Opis zwi kszonego ryzyka powikła w zwi zku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekuj cego si pacjentem)

.....

.....

.....

VIII Opis prognozy pooperacyjnej i powikła odległych

Po badaniu mog by odczuwalne wzd cia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita powietrzem podczas badania. Dolegliwo ci mijaj po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ust pieniu ewentualnych dolegliwo ci mo na zje posiłek i powróci do normalnej aktywno ci yciowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anestezjologicznej /1-2 godziny/ i nie mo e w tym dniu prowadzi pojazdów mechanicznych.

IX Opis mo liwych nast pstw rezygnacji z proponowanego badania

Brak diagnostyki jelita grubego, brak mo liwo ci wdro enia odpowiedniego przyczynowego leczenia chorób jelita grubego, w przypadku nierozpoznanych i nie leczonych zmian guzowatych nowotworowych i nienowotworowych mo liwo wyst pienia niedro no ci przewodu pokarmowego.

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:

.....