



FORMULARZ ZGODY NA WYKONANIE BRONCHOSKOPII

Imię i nazwisko:

Pesel:.....

Oddział:

Wziernikowanie tchawicy i oskrzeli – bronchoskopia

Wziernikowanie tchawicy i oskrzeli (bronchoskopia) umożliwia nam dokładne ustalenie przyczyny Pana/Pani dolegliwości i ustalenie rozpoznania zmian chorobowych. Przed badaniem lekarz będzie rozmawiał z panią o konieczności przeprowadzenia planowanego postępowania i zapozna Panią/Pana z jego ryzykiem i skutkami ubocznymi, aby mogła/mógł Pani/Pan podjąć świadomą decyzję. Niniejszy arkusz informacyjny ma pomóc przygotować rozmowę i udokumentować najważniejsze punkty.

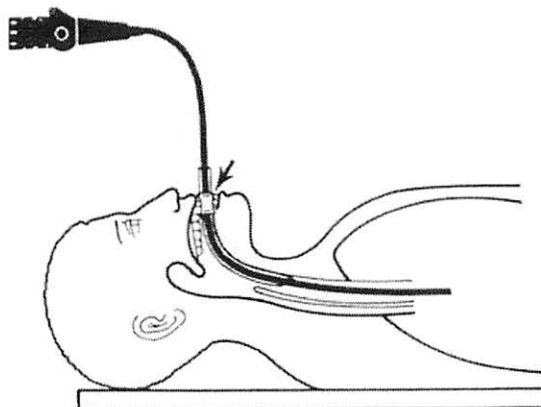
Jak przeprowadza się wziernikowanie?

Najczęściej badanie wykonuje się po uprzednim znieczuleniu miejscowym lub premedykacji dożylnej (zastrzyk uspakajający).

Podczas wziernikowania wsuwa się giętki instrument optyczny (endoskop) przez usta lub przez nos do krtani, tchawicy i oskrzeli.

Jeżeli zachodzi potrzeba, przy pomocy małych szczypczyków (kleszczyków) można pobierać wycinki ze ścian narządów lub ze zmiany chorobowej, która zostanie uwidoczniła podczas badania. Pobieranie wycinków zwykle jest nieodczuwalne, niebolesne.

FLEXIBLE FIBEROPTIC BRONCHOSCOPY



Jakie przygotowania są potrzebne?

Aby uniknąć odruchów wymiotnych powstających podczas wziernikowania w dniu badania należy być **na czczo**, tzn. co najmniej 5 godzin przed badaniem nie powinno się przyjmować **ani napojów ani jedzenia**. Należy powstrzymać się też od palenia papierosów.

Z jakim ryzykiem i powikłaniami należy się liczyć?

Wziernikowanie dróg oddechowych: krtani, tchawicy i oskrzeli jest obecnie postępowaniem rutynowym o minimalnym ryzyku powikłań. Pomimo dużej staranności w trakcie badania, w rzadkich przypadkach może dojść do komplikacji, które w wyjątkowych wypadkach mogą być niebezpieczne dla życia:

- ➔ Rzadko zdarzające się poważniejsze uszkodzenia ściany krtani, tchawicy lub oskrzela przez endoskop czy też instrumenty dodatkowe (kleszczyki, cewnik, szczoteczka biopsyjna). Może to spowodować wystąpienie odmy opłucnowej i wymagać interwencji chirurgicznej
- ➔ Niezmiernie rzadko bywają większe krwawienia wskutek pobrania próbki (wycinka). Mogą one być leczone przez leków hamujących krwawienie.
- ➔ Bardzo rzadko zdarzają się zaburzenia oddychania i krążenia mogące prowadzić do zatrzymania oddechu i pracy serca, ze zgonem włącznie, w szczególności przy podaniu środków uspokajających lub też reakcja nadwrażliwości na wstrzyknięte leki względnie środki znieczulające. Dozór lekarza i pielęgniarki podczas a także i po badaniu znacznie zmniejsza takie niebezpieczeństwo.
- ➔ Bardzo rzadko zdarzają się komplikacje, takie jak np. zakażenie (infekcja) krwi, skaleczenie czy też uszkodzenia uzębienia w przypadku luźno osadzonych zębów.

Na co należy zwrócić uwagę?

Jeżeli wykonano znieczulenia gardła i krtani lub podano zastrzyk uspokajający, to **przez okres co najmniej 2 godzin po zabiegu nie wolno Pani/Panu nic jeść ani pić**. Co do dalszego przyjmowania pokarmów proszę koniecznie zastosować się do zaleceń lekarza leczącego.

Jeżeli otrzymała Pani/Pan zastrzyk uspokajający (premedykacja) to dopiero po 24 godzinach wolno Panu/Pani aktywnie uczestniczyć w ruchu drogowym. Ponadto w tym samym okresie nie powinniście Państwo podejmować żadnych ważnych decyzji czy też obsługiwać niebezpiecznych urządzeń mechanicznych, maszyn.

Jeżeli występują bóle lub inne dolegliwości (np. zawroty głowy, nudności, wymioty treścią krwistą) proszę natychmiast powiadomić lekarza.

Ważne pytania, na które powinniście Państwo dokładnie odpowiedzieć aby odpowiednio wcześniej rozpoznać źródła niebezpieczeństw i zagrożenia co pozwoli lepiej ocenić ryzyko wystąpienia powikłań.

Czy istnieje choroba krwi/skłonność do krwawienia (np. częste krwawienia z nosa, skłonności do wylewów krwi lub siniaków)? Tak/Nie

Czy przyjmuje Pan/Pani leki powodujące „rozrzedzenie” krwi (np. Syncumar, Sintrom, Aspiryna) Tak/Nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana uczulenie na leki, czy też, plaster, latex, środki spożywcze, środki miejscowo znieczulające, katar sienny, astmę oskrzelową? Tak/Nie

Czy rozpoznano u Pani/Pana jakieś schorzenia serca, układu krążenia lub płuc (np. schorzenie zastawek serca, wysokie ciśnienia krwi, choroba wieńcowa czy astma oskrzelowa)? Tak/Nie

Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości operacje na płucach lub drogach oddechowych (krtań, tchawica, oskrzela) Tak/Nie

Czy istnieje jakaś ostra lub przewlekła choroba zakaźna (np. zapalenie wątroby, AIDS) lub inna choroba przewlekła (np. jaskra, padaczka, niedowład, porażenia)? Tak/Nie

Czy choruje Pani/Pan na zaburzenia przemiany materii (np. cukrzyca) czy też inne zaburzenia endokrynologiczne (np. niedoczynność, nadczynność tarczycy)? Tak/Nie

Czy Pani/Pan ma luźno osadzone zęby czy inne choroby zębów (np. próchnica, paradontoza) czy też nosi Pani/Pan protezę (np. korony, mostki zębowe, protezy wyjmowane, zęby osadzone na sztyftach, implanty zębowe)? Tak/Nie

OŚWIADCZENIE PACJENTKI/A

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z

lekarzem..... spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- wskazań do badania
- sposobu wykonania badania

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

Zgadzam się na wykonanie bronchoskopii

.....
data , podpis lekarza

.....
data , podpis pacjenta
lub prawnego opiekuna

Nie zgadzam się na wykonanie bronchoskopii.

Zostałam/em poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia

.....
data , podpis lekarza

.....
data , podpis pacjenta
lub prawnego opiekuna