



## INFORMACJA DLA PACJENTKI/A ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GASTROSKOPII DIAGNOSTYCZNO - LECZNICZEJ

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pesel : .....

Oddział:.....

Badanie, które Państwu proponujemy wymaga Pani/Pana pisemnej zgody. Aby ułatwić decyzję informujemy o przebiegu badania, korzyściach i możliwych powikłaniach wynikających z wykonania gastroskopii.

### 1. Wskazania do gastroskopii:

- podejrzenie choroby w obrębie przełyku , żołądka lub dwunastnicy
- pobranie wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori* odpowiedzialnej za większość chorób w tej części przewodu pokarmowego,
- pobranie wycinka w celu oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu, polipa lub guza,
- krwawienie z przewodu pokarmowego

Nie ma obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

### 2. Przygotowanie do badania:

W dniu badania należy być **na czczo, tzn. co najmniej 6 godzin przed badaniem nie powinno się przyjmować napojów, jedzenia ani żadnych leków doustnych. Nie wolno również palić papierosów.** Przed badaniem należy wyjąć protezy zębowe.

### 3. 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 będzie przeprowadzone 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 będzie możliwe 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 (wdmuchiwanie) powietrza przez oddzielny kanał w aparacie, co może wywołać uczucie niewielkiego wzdęcia i odbijanie. 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, wprowadzanych przez przeznaczony do tego kanał w endoskopie.

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

Po badaniu można jeść i pić, gdy minie uczucie drętwienia gardła wywołanego znieczuleniem, co trwa zazwyczaj 30min. 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.

#### 4. Możliwe powikłania:

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

Chcąc zminimalizować ryzyko powikłań prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

#### Czy choruje lub chorował(a) Pan/Pani na:

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. na choroby serca: ch. wieńcowa, zawał serca                               | tak | nie |
| 2. na choroby płuc: gruźlica, astma, przewlekłe zap. oskrzeli                | tak | nie |
| 3. na cukrzycę   | tak | nie |
| 4. na padaczkę,  | tak | nie |
| 5. na choroby krwi; skłonność do krwawień, siniaków                          | tak | nie |
| 6. uczulenia na leki ?.....  | tak | nie |
| 7. Czy jest Pani w ciąży?  | tak | nie |
| 8. Czy przyjmuje pan (-i) leki obniżające krzepnięcie krwi,<br>Jakie?: ..... | tak | nie |

#### Oświadczenie pacjenta(-tki).

Oświadczam, 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 gastrokopii 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 i podpis lekarza

.....  
data i czytelny podpis pacjenta  
bądź opiekuna prawnego

#### Nie wyrażam zgody na wykonanie gastrokopii

.....  
Data i podpis lekarza

.....  
data i czytelny podpis pacjenta  
bądź opiekuna prawnego