Centrum Medyczne „HIPOKRATES” Zabrze Sp. z o.o.
41-800 Zabrze ul. Reymonta 42
Tel. 32-271-27-45, 32-370-27-12, fax 32-276-86-76
e-mail: rejestracja@hipokrateszabrze.pl www.hipokrateszabrze.pl

INFORMACJA DLA PACJENTA I ŚWIADOMA ZGODA NA EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIĘ (GASTROSKOPIĘ) ORAZ BIOPSJĘ

Imię i nazwisko Pacjenta:	
PESEL:	**Data badania: .....**
W przypadku braku numeru PESEL – data urodzenia:	

Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższą informacją. W razie wątpliwości prosimy o rozmowę z lekarzem przed wyrażeniem zgody. Podane wartości procentowe są orientacyjne. Indywidualne ryzyko zależy m.in. od wieku, chorób współistniejących i przyjmowanych leków.

1. DLACZEGO WYKONUJE SIĘ EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIĘ?

Ezofagogastroduodenoskopię wykonuje się, gdy na podstawie badania lekarskiego, występujących objawów lub wyników innych badań diagnostycznych istnieje podejrzenie choroby przełyku, żołądka lub dwunastnicy, a także w celu kontroli wcześniej rozpoznanych chorób tych narządów.

Badanie umożliwia bezpośrednią i dokładną ocenę błony śluzowej przełyku, żołądka i dwunastnicy za pomocą giętkiego endoskopu wyposażonego w kamerę. Pozwala rozpoznawać m.in. zmiany zapalne, nadżerki, owrzodzenia, polipy, zmiany naczyniowe, przednowotworowe i nowotworowe.

W trakcie badania, zależnie od wskazań i obrazu endoskopowego, możliwe jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego, w tym w kierunku*Helicobacter pylori*.

Bezpośrednia ocena zmiany oraz możliwość pobrania materiału do badania histopatologicznego pozwalają ustalić lub potwierdzić rozpoznanie i mają zasadnicze znaczenie dla wyboru właściwych metod dalszego leczenia i nadzoru Pacjenta.

Przebieg badania

Badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym gardła. Pacjent leży najczęściej na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć ruchome protezy zębowe oraz aparat słuchowy z lewego ucha. Gardło zostaje miejscowo znieczulone lidokainą w aerozolu. Następnie zakładany jest ustnik zabezpieczający zęby i wprowadzany jest endoskop przez jamę ustną, gardło i przełyk do żołądka oraz dwunastnicy.

Wprowadzanie endoskopu przez gardło może powodować przejściowy dyskomfort, odruch wymiotny lub uczucie dławienia. W trakcie badania do przewodu pokarmowego podawany jest gaz, najczęściej dwutlenek węgla (CO_2), a w razie potrzeby również woda, co może powodować odbijanie, uczucie rozpierania lub wzdęcia. Badanie diagnostyczne trwa zazwyczaj kilka-kilkanaście minut. Pobieranie standardowych wycinków jest zazwyczaj bezbolesne.

Endoskop oraz wyposażenie wielorazowego użytku podlegają każdorazowo procesom dekontaminacji zgodnie z obowiązującymi procedurami, natomiast sprzęt jednorazowego użycia nie jest wykorzystywany ponownie, dzięki czemu ryzyko przeniesienia zakażenia związanego z użyciem sprzętu endoskopowego jest bardzo małe.

Możliwe powikłania badania

Ezofagogastroduodenoskopia diagnostyczna jest procedurą o bardzo małym ryzyku poważnych powikłań. Możliwe są: ból lub podrażnienie gardła, nudności, odbijanie, wzdęcie, powierzchowne uszkodzenie błony śluzowej, uszkodzenie zęba, korony, mostu lub protezy, krwawienie, zachłyśnięcie treścią pokarmową, reakcja alergiczna na zastosowany środek znieczulający, zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia, niedotlenienie lub inne zaburzenia krążeniowo-oddechowe oraz perforacja (przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego).

Ryzyko perforacji podczas diagnostycznej ezofagogastroduodenoskopii jest bardzo małe i wynosi zwykle poniżej 0,05%.

Większość powikłań ma charakter łagodny i przemijający. Poważne powikłania występują bardzo rzadko, jednak mogą wymagać dodatkowego leczenia endoskopowego, hospitalizacji, leczenia operacyjnego lub intensywnej terapii. W wyjątkowych przypadkach powikłania badania mogą prowadzić do zgonu Pacjenta.

Alternatywa: w zależności od wskazań możliwe są inne badania obrazowe, m.in. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny lub badania kontrastowe. W wielu przypadkach nie są one równoważne ezofagogastroduodenoskopii, ponieważ nie umożliwiają bezpośredniej oceny błony śluzowej ani pobierania wycinków.

2. BIOPSJA – POBRANIE WYCINKÓW

Podczas badania lekarz może pobrać za pomocą specjalnych szczypczyków niewielkie fragmenty błony śluzowej do badania histopatologicznego lub innych badań diagnostycznych. Pobieranie standardowych wycinków jest zazwyczaj bezbolesne.

Najczęstszym następstwem jest niewielkie krwawienie, które zwykle ustępuje samoistnie. Ryzyko klinicznie istotnego krwawienia po standardowej biopsji jest bardzo małe, zwykle poniżej około 0,2%. Jest ono większe m.in. u pacjentów z zaburzeniami krzepnięcia lub przyjmujących leki przeciwkrzepliwe albo przeciwpłytkowe. Perforacja po standardowej biopsji jest powikłaniem skrajnie rzadkim.

Alternatywa: odstąpienie od biopsji. Sam wygląd zmiany nie zawsze pozwala ustalić jej charakter, dlatego brak badania histopatologicznego może uniemożliwić lub opóźnić prawidłowe rozpoznanie i leczenie.

3. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU KRWAWIENIA LUB PERFORACJI

Jeżeli podczas badania lub po biopsji wystąpi istotne krwawienie, lekarz może zastosować medycznie uzasadnione metody jego tamowania, w szczególności ostrzyknięcie roztworem adrenaliny, założenie klipsu/klipsów endoskopowych, koagulację termiczną, w tym APC, lub połączenie tych metod. W przypadku nieskuteczności leczenia endoskopowego może być konieczna hospitalizacja, kolejna endoskopia, przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, radiologia interwencyjna i/lub leczenie chirurgiczne.

Jeżeli dojdzie do perforacji, lekarz - jeżeli jest to technicznie możliwe i medycznie uzasadnione - może podjąć próbę endoskopowego zamknięcia perforacji przy użyciu klipsu lub klipsów. Zależnie od miejsca i wielkości uszkodzenia, czasu jego rozpoznania i stanu Pacjenta może być konieczne przerwanie badania, pozostawanie na czczo, antybiotykoterapia, dożylne podawanie płynów, badania obrazowe (w tym TK), obserwacja i/lub hospitalizacja, konsultacja chirurgiczna, dalsze leczenie endoskopowe lub operacyjne. Nie każda perforacja wymaga operacji.

4. POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Po miejscowym znieczuleniu gardła nie należy spożywać pokarmów ani płynów do czasu ustąpienia zaburzeń czucia i połykania, zgodnie z zaleceniem personelu.

Należy pilnie skontaktować się z lekarzem lub zgłosić się do Izby Przyjęć albo Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w przypadku silnego lub narastającego bólu brzucha lub klatki piersiowej, duszności, gorączki lub dreszczy, wymiotów z krwią, smolistych stolców lub innego istotnego krwawienia, omdlenia, znacznego osłabienia albo innych gwałtownie narastających lub niepokojących objawów.

Niektóre powikłania, w szczególności krwawienie oraz perforacja, mogą ujawnić się również z opóźnieniem, po zakończeniu badania i opuszczeniu placówki.

5. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Poniższe pytania służą zebraniu informacji o stanie zdrowia Pacjenta, które mogą mieć znaczenie dla bezpiecznego wykonania badania lub biopsji oraz oceny ryzyka powikłań. Udzielenie prawdziwych i pełnych odpowiedzi umożliwia właściwe przygotowanie do badania i zastosowanie, w razie potrzeby, odpowiednich środków ostrożności.

1. Czy występuje u Pani/Pana skłonność do krwawień lub łatwego powstawania siniaków?
☐TAK ☐NIE

2. Czy występują u Pani/Pana alergie na leki, środki znieczulające, lateks lub inne substancje?
☐TAK ☐NIE
Jakie? .....

3. Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwkrzepliwe lub przeciwpłytkowe, np. acenokumarol, warfarynę, apiksaban, rywaroksaban, dabigatran, edoksaban, ASA, klopidogrel, tikagrelor lub prasugrel?
☐TAK ☐NIE
Jakie? .....

4. Czy choruje Pani/Pan na istotne choroby serca, płuc, nerek, wątroby, układu nerwowego lub zaburzenia krzepnięcia?
☐TAK ☐NIE
Jakie? .....

5. Czy rozpoznano u Pani/Pana zakażenie HBV, HCV, HIV lub inną istotną chorobę zakaźną?
☐TAK ☐NIE ☐NIE WIEM
Jaką? .....

6. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?

☐TAK ☐NIE

7. Czy przyjmuje Pani/Pan leki stosowane w leczeniu cukrzycy lub otyłości, w szczególności leki z grupy agonistów GLP-1/GIP?

☐TAK ☐NIE

Jakie? .....

8. Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca, kardiowerter-defibrylator lub inne wszczepione urządzenie medyczne?

☐TAK ☐NIE

Jakie? .....

9. Czy występowały wcześniej powikłania podczas endoskopii, znieczulenia lub innych zabiegów medycznych?

☐TAK ☐NIE

Jakie? .....

10. Czy jest Pani w ciąży lub istnieje możliwość ciąży?

☐TAK ☐NIE ☐NIE WIEM ☐NIE DOTYCZY

Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy:

przebywał/a Pani/Pan w szpitalu?

☐TAK ☐NIE

miał/a Pani/Pan wykonywany zabieg operacyjny, endoskopowy lub inną procedurę inwazyjną?

☐TAK ☐NIE

korzystał/a Pani/Pan z zabiegów stomatologicznych?

☐TAK ☐NIE

korzystał/a Pani/Pan z zabiegów kosmetycznych, tatuażu, piercingu lub innych zabiegów związanych z możliwością przerwania ciągłości skóry lub błon śluzowych?

☐TAK ☐NIE

Inne istotne zdarzenia związane z możliwością kontaktu z krwią:

.....

Oświadczam, że zgodnie z moją aktualną wiedzą przekazałem/am personelowi medycznemu prawdziwe informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, rozpoznanych chorób zakaźnych oraz innych znanych mi okoliczności mogących mieć znaczenie dla bezpiecznego wykonania badania.

6. ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją; otrzymałem/am zrozumiałe informacje o celu, sposobie wykonania, korzyściach, możliwych następstwach i powikłaniach proponowanego postępowania, w tym o orientacyjnej częstości najważniejszych powikłań; zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych metodach oraz możliwych następstwach odstąpienia od proponowanego postępowania; miałem/am możliwość rozmowy z lekarzem, zadawania pytań i uzyskałem/am na nie zrozumiałe odpowiedzi.

Wyrażam zgodę na:

☐ezofagogastroduodenoskopię

☐biopsję

W przypadku krwawienia, perforacji lub innego powikłania wymagającego niezwłocznego leczenia wyrażam zgodę na zastosowanie niezbędnych i medycznie uzasadnionych metod leczenia endoskopowego, w szczególności ostrzyknięcia roztworem adrenaliny, założenia klipsu/klipsów oraz koagulacji, w tym APC.

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zaznaczonych powyżej procedur.

PACJENT	
Imię i nazwisko:	
Data i godzina:	Podpis: .....
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY – jeżeli jego zgoda jest wymagana	
Imię i nazwisko:	
Data i godzina:	Podpis: .....

Centrum Medyczne „HIPOKRATES” Zabrze Sp. z o.o.
41-800 Zabrze ul. Reymonta 42
Tel. 32-271-27-45, 32-370-27-12, fax 32-276-86-76
e-mail: rejestracja@hipokrateszabrze.pl www.hipokrateszabrze.pl

7. ODMOWA ZGODY

Po uzyskaniu informacji dotyczących proponowanego postępowania:
☐**nie wyrażam zgody na ezofagogastroduodenoskopię**
☐**nie wyrażam zgody na biopsję**
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych konsekwencjach odmowy.
Uwagi / uzasadnienie: .....
.....

PACJENT	
Data i godzina:	Podpis: .....
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY – jeżeli jego zgoda jest wymagana	
Imię i nazwisko:	
Data i godzina:	Podpis: .....

8. OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przekazałem/am Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu ustnie, w sposób przystępny i zrozumiały, informacje dotyczące wskazań, celu, charakteru i sposobu wykonania proponowanego badania i biopsji, możliwych korzyści, następstw i powikłań, alternatywnych metod postępowania oraz możliwych następstw odmowy. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy miał możliwość rozmowy, zadawania pytań i uzyskał na nie odpowiedzi.

Imię i nazwisko lekarza:	
Data i godzina:	Podpis lekarza: .....