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 KOLONOSKOPIĘ, BIOPSJĘ ORAZ ZABIEGI ENDOSKOPOWE

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, przyjmowanych leków oraz rodzaju, wielkości i lokalizacji zmiany.

1. DLACZEGO WYKONUJE SIĘ KOLONOSKOPIĘ?

Kolonoskopię wykonuje się, gdy na podstawie badania lekarskiego, występujących objawów, wyników badań laboratoryjnych, badań przesiewowych lub innych badań diagnostycznych istnieje podejrzenie choroby jelita grubego, a także w celu kontroli wcześniej rozpoznanych chorób oraz w ramach profilaktyki i nadzoru nad występowaniem raka jelita grubego.

Badanie umożliwia bezpośrednią i dokładną ocenę błony śluzowej jelita grubego za pomocą giętkiego endoskopu wyposażonego w kamerę. W większości przypadków możliwe jest obejrzenie całego jelita grubego aż do kątnicy, a w odpowiednich warunkach również końcowego odcinka jelita cienkiego.

Kolonoskopia pozwala rozpoznawać m.in. polipy, zmiany zapalne, owrzodzenia, uchyłki, zmiany naczyniowe, zwężenia, zmiany przednowotworowe i nowotworowe.

W trakcie badania, zależnie od wskazań i obrazu endoskopowego, możliwe jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego lub innych badań diagnostycznych oraz wykonanie odpowiednich zabiegów, takich jak polipektomia, mukozektomia (EMR/uEMR) lub tatuaż endoskopowy.

Bezpośrednia ocena zmiany, możliwość pobrania materiału do badania histopatologicznego oraz – w odpowiednich przypadkach – jej endoskopowego usunięcia pozwalają ustalić lub potwierdzić rozpoznanie i mają zasadnicze znaczenie dla wyboru właściwych metod dalszego leczenia i nadzoru Pacjenta.

Przygotowanie i przebieg badania

Warunkiem dokładnej i bezpiecznej oceny jelita jest jego odpowiednie oczyszczenie. Pacjent powinien zastosować preparat przeczyszczający oraz przestrzegać zaleceń dotyczących diety i przyjmowania płynów zgodnie z otrzymaną instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Niedostateczne przygotowanie jelita może utrudnić lub uniemożliwić pełną ocenę błony śluzowej, zwiększyć ryzyko przeoczenia zmian, wydłużyć badanie, uniemożliwić wykonanie planowanego zabiegu oraz spowodować konieczność wcześniejszego powtórzenia kolonoskopii.

Badanie wykonuje się najczęściej w pozycji leżącej na lewym boku, przy czym w jego trakcie może być konieczna zmiana pozycji Pacjenta. Przed badaniem należy usunąć aparat słuchowy z lewego ucha. Kolonoskop wprowadzany jest przez odbyt i następnie przesuwany przez kolejne odcinki jelita grubego. W celu dokładnego uwidocznienia błony śluzowej do jelita podawany jest gaz, najczęściej dwutlenek węgla (CO_2), a w razie potrzeby również woda.

Przed wprowadzeniem kolonoskopu może zostać zastosowane znieczulenie miejscowe żelem zawierającym lidokainę, podawanym w okolicy odbytu i do kanału odbytu. Zmniejsza ono miejscowy dyskomfort związany z wprowadzaniem aparatu, ale nie znosi dolegliwości wynikających z przesuwania kolonoskopu i rozciągania jelita. Lidokaina może bardzo rzadko wywołać reakcję alergiczną; możliwe jest także przemijające miejscowe pieczenie lub podrażnienie.

Wprowadzanie kolonoskopu oraz rozciąganie jelita mogą powodować uczucie parcia, rozpierania, wzdęcia, skurcze lub ból brzucha. W celu ułatwienia przeprowadzenia badania personel może uciskać powłoki brzuszne lub poprosić Pacjenta o zmianę pozycji.

Czas badania zależy od budowy jelita, jakości jego przygotowania oraz wykonywanych procedur dodatkowych. Kolonoskopia diagnostyczna trwa zazwyczaj kilkanaście do kilkudziesięciu minut, natomiast wykonywanie dodatkowych zabiegów może ją wydłużyć.

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

Możliwe powikłania badania

Kolonoskopia diagnostyczna jest procedurą o bardzo małym ryzyku poważnych powikłań. Możliwe są: przejściowy ból brzucha, uczucie rozpierania, skurcze i wzdęcie, reakcja wazowagalna, powierzchowne uszkodzenie błony śluzowej, krwawienie oraz perforacja (przedziurawienie ściany jelita).

Możliwe są również zaburzenia rytmu serca, spadek ciśnienia, niedotlenienie lub inne zaburzenia krążeniowo-oddechowe, szczególnie u osób z istotnymi chorobami współistniejącymi.

Ryzyko perforacji podczas diagnostycznej kolonoskopii jest bardzo małe i wynosi zwykle poniżej około 0,1%.

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, w szczególności kolonografia TK. W wielu przypadkach nie jest ona równoważna kolonoskopii, ponieważ nie umożliwia bezpośredniego pobierania wycinków ani jednoczesnego endoskopowego usuwania zmian. W przypadku wykrycia istotnej zmiany może być następnie konieczne wykonanie kolonoskopii.

2. BIOPSJA – POBRANIE WYCINKÓW

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

Najczęstszym następstwem jest niewielkie krwawienie, które zwykle ustępuje samoistnie. Ryzyko klinicznie istotnego krwawienia po standardowej biopsji błony śluzowej jelita grubego jest bardzo małe i wynosi 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. POLIPEKTOMIA ENDOSKOPOWA

Polipektomia polega na endoskopowym usunięciu polipa lub innej odpowiedniej zmiany błony śluzowej. Nie każdy polip jest zmianą przednowotworową lub nowotworową. Część polipów, w szczególności gruczolaki oraz niektóre zmiany ząbkowane, może jednak mieć potencjał do przemiany nowotworowej, a niektóre zmiany mogą już zawierać komórki nowotworowe. Usunięcie odpowiednich zmian na etapie przednowotworowym może zapobiec rozwojowi raka jelita grubego.

Jak wykonywana jest polipektomia?

Przez kanał kolonoskopu lekarz wprowadza odpowiednie narzędzie, najczęściej pętlę, którą obejmuje zmianę i następnie ją odcina. Zależnie od wielkości, kształtu i lokalizacji zmiana może zostać usunięta zimną pętlą – mechanicznie, bez prądu – lub pętlą z zastosowaniem prądu elektrochirurgicznego, w jednym fragmencie albo, w uzasadnionych przypadkach, fragmentarycznie.

Usunięty materiał, jeżeli jest to możliwe i wskazane, przekazywany jest do badania histopatologicznego.

Możliwe powikłania

Najważniejszymi powikłaniami polipektomii są krwawienie oraz perforacja (przedziurawienie ściany jelita).

Klinicznie istotne krwawienie po polipektomii występuje orientacyjnie u około 0,5–2% pacjentów.

Perforacja jest powikłaniem rzadkim i występuje orientacyjnie u około 0,05–0,3% pacjentów.

Indywidualne ryzyko krwawienia i perforacji zależy przede wszystkim od wielkości, lokalizacji i charakteru zmiany, jej budowy i morfologii, zastosowanej techniki resekcji, użycia prądu elektrochirurgicznego, liczby usuwanych zmian, chorób współistniejących oraz przyjmowanych leków, w szczególności leków przeciwkrzepliwych i przeciwpłytkowych.

Możliwe są również: uszkodzenie termiczne ściany jelita, zespół po polipektomii, niecałkowite usunięcie zmiany, wznowa miejscowa, konieczność ponownego zabiegu, hospitalizacji i/lub leczenia operacyjnego.

Poważne powikłania występują rzadko, jednak w wyjątkowych przypadkach mogą prowadzić do zagrożenia życia lub zgonu Pacjenta. Powodzenia zabiegu, jak również jego całkowitego bezpieczeństwa, nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Alternatywne metody leczenia

Alternatywą dla endoskopowego usunięcia zmiany może być leczenie chirurgiczne, które zależnie od rodzaju i lokalizacji zmiany może wymagać operacyjnego usunięcia fragmentu jelita, w tym operacji z otwarciem powłok jamy brzusznej lub zastosowania techniki laparoskopowej. Leczenie chirurgiczne jest zwykle bardziej inwazyjne i może wiązać się z dłuższą hospitalizacją i rekonwalescencją.

W zależności od sytuacji możliwe są również: obserwacja lub nadzór endoskopowy, pobranie wycinków i decyzja po wyniku histopatologicznym, usunięcie zmiany podczas kolejnego badania, EMR/uEMR lub bardziej zaawansowana resekcja endoskopowa w odpowiednim ośrodku.

Jeżeli lekarz uzna, że bezpieczne i radykalne usunięcie zmiany podczas aktualnego badania nie jest możliwe lub wymaga zastosowania innej techniki, może odstąpić od polipektomii i zaproponować dalsze leczenie.

4. MUKOZEKTOMIA – ENDOSKOPOWA RESEKCJA BŁONY ŚLUZOWEJ (EMR/uEMR)

Mukozektomia służy do endoskopowego usuwania m.in. większych lub płaskich zmian błony śluzowej jelita grubego. Celem jest całkowite usunięcie zmiany, jeżeli jest to możliwe i bezpieczne, oraz uzyskanie materiału do badania histopatologicznego.

Usunięcie zmian przednowotworowych może zapobiec rozwojowi raka jelita grubego, a w przypadku niektórych zmian zawierających wczesnego raka leczenie endoskopowe może być wystarczające i pozwolić uniknąć operacji chirurgicznej.

Jak wykonywana jest mukozektomia?

W klasycznej EMR pod zmianę najczęściej wstrzykuje się płyn do warstwy podśluzówkowej, co powoduje jej uniesienie i oddzielenie od głębszych warstw ściany jelita. Następnie zmiana zostaje objęta pętlą i usunięta. Resekcja może być wykonana bez użycia prądu elektrochirurgicznego (cold EMR, „na zimno”) albo z jego użyciem (hot EMR).

W uEMR (underwater EMR, mukozektomia podwodna) światło badanego odcinka jelita wypełnia się płynem, co umożliwia objęcie zmiany pętlą i jej usunięcie bez konieczności wcześniejszego wstrzykiwania płynu pod zmianę. Także uEMR może być wykonywana bez użycia lub z użyciem prądu elektrochirurgicznego.

O wyborze EMR lub uEMR oraz sposobu wykonania resekcji decyduje lekarz na podstawie obrazu endoskopowego, wielkości, lokalizacji i charakteru zmiany oraz warunków technicznych. Zmiana może zostać usunięta w jednym fragmencie (en bloc) lub fragmentarycznie (piecemeal). Usunięty materiał przekazywany jest, jeżeli jest to możliwe i wskazane, do badania histopatologicznego.

Możliwe powikłania

Krwawienie po EMR może wystąpić w trakcie zabiegu lub z opóźnieniem. Ryzyko klinicznie istotnego krwawienia jest zróżnicowane i wynosi orientacyjnie około 1–12%, zależnie od rodzaju i wielkości zmiany oraz zastosowanej techniki resekcji. Ryzyko jest na ogół mniejsze w przypadku resekcji bez użycia prądu elektrochirurgicznego (cold EMR), a większe w przypadku resekcji dużych zmian z użyciem elektrochirurgii (hot EMR).

Perforacja (przedziurawienie ściany jelita) po EMR jest powikłaniem rzadkim. Jej ryzyko zależy od rodzaju, wielkości i lokalizacji zmiany oraz zastosowanej techniki resekcji. W przypadku EMR z użyciem prądu elektrochirurgicznego dużych zmian jelita grubego perforacja występuje orientacyjnie u około 1–2% pacjentów. W przypadku resekcji bez użycia prądu elektrochirurgicznego (cold EMR) ryzyko perforacji jest istotnie mniejsze. Na indywidualne ryzyko krwawienia i perforacji wpływają również morfologia zmiany, zakres resekcji, liczba usuwanych zmian, choroby współistniejące oraz przyjmowane leki, w szczególności leki przeciwkrzepliwe i przeciwpłytkowe.

Możliwe są również: uszkodzenie termiczne ściany jelita, niecałkowite usunięcie zmiany, wznowa miejscowa – szczególnie po resekcji fragmentarycznej – konieczność kontroli lub ponownego leczenia endoskopowego oraz hospitalizacja i/lub leczenie operacyjne.

Poważne powikłania występują rzadko, jednak w wyjątkowych przypadkach mogą prowadzić do zagrożenia życia lub zgonu Pacjenta. Powodzenia zabiegu, jak również jego całkowitego bezpieczeństwa, nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Alternatywne metody leczenia

Alternatywą dla EMR/uEMR może być leczenie chirurgiczne polegające na operacyjnym usunięciu zmiany, niekiedy wraz z odpowiednim fragmentem jelita. Zależnie od lokalizacji i charakteru zmiany operacja może wymagać otwarcia powłok jamy brzusznej lub zostać wykonana techniką małoinwazyjną, w tym laparoskopową. Leczenie chirurgiczne jest zwykle bardziej inwazyjne i może wiązać się z dłuższą hospitalizacją oraz rekonwalescencją.

W odpowiednich przypadkach możliwe są także: obserwacja lub nadzór, biopsja i decyzja po wyniku histopatologicznym, odroczenie zabiegu, zastosowanie innej techniki resekcji lub skierowanie do ośrodka wykonującego zaawansowane zabiegi endoskopowe.

Jeżeli lekarz uzna, że bezpieczne i radykalne wykonanie resekcji podczas aktualnego zabiegu nie jest możliwe lub wymaga zastosowania innej techniki albo leczenia chirurgicznego, może odstąpić od jej wykonania lub kontynuowania.

5. TATUAŻ ENDOSKOPOWY

W określonych sytuacjach lekarz może oznaczyć miejsce zmiany poprzez wstrzyknięcie specjalnego znacznika do ściany jelita. Ułatwia to odnalezienie miejsca podczas kolejnego badania lub ewentualnego leczenia operacyjnego.

Powikłania są rzadkie i obejmują m.in. niewielkie krwawienie, miejscowy ból, reakcję zapalną, nieprawidłowe podanie znacznika lub podanie go poza ścianę jelita. Poważne powikłania występują bardzo rzadko.

Alternatywa: niewykonanie tatuażu i wykorzystanie dokładnego opisu oraz dokumentacji fotograficznej, co może jednak utrudnić późniejszą lokalizację zmiany.

6. LECZENIE KRWAWIENIA

Krwawienie może wystąpić w trakcie lub po biopsji, polipektomii, EMR/uEMR albo innej procedurze endoskopowej. Lekarz może zastosować jedną lub kilka metod jego tamowania: ostrzyknięcie roztworem adrenaliny, założenie klipsu/klipsów endoskopowych, koagulację termiczną, w tym APC, lub połączenie tych metod.

W przypadku istotnego aktywnego krwawienia adrenalina może być elementem leczenia skojarzonego z metodą mechaniczną lub termiczną.

Jeżeli leczenie endoskopowe będzie nieskuteczne lub nastąpi ponowne krwawienie, może być konieczna kolejna kolonoskopia, hospitalizacja, przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, radiologia interwencyjna, w tym embolizacja krwawiącego naczynia, i/lub leczenie chirurgiczne.

7. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU PERFORACJI

Perforacja oznacza przerwanie ciągłości ściany jelita. Jeżeli do niej dojdzie, 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 zabiegu, 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.

8. POSTĘPOWANIE PO BADANIU

Po kolonoskopii wykonanej bez znieczulenia dożylnego, jeżeli stan Pacjenta jest dobry i nie występują niepokojące objawy, Pacjent może opuścić placówkę po zakończeniu badania. Przejściowo mogą występować wzdęcie, uczucie rozpierania, skurcze lub niewielki ból brzucha związane z obecnością gazu w jelicie. Objawy te zwykle ustępują po oddaniu gazów.

Po znieczuleniu dożylnym Pacjent pozostaje pod obserwacją do czasu spełnienia kryteriów bezpiecznego wypisu i powinien opuścić placówkę pod opieką odpowiedzialnej osoby dorosłej. Przez 24 godziny po znieczuleniu nie należy prowadzić pojazdów ani jeździć na rowerze, obsługiwać maszyn, spożywać alkoholu, podpisywać dokumentów wywołujących skutki prawne, podejmować ważnych decyzji ani wykonywać czynności wymagających pełnej sprawności psychofizycznej. Należy stosować się do indywidualnych zaleceń przekazanych przez personel medyczny.

Po polipektomii lub EMR/uEMR Pacjent otrzyma indywidualne zalecenia dotyczące diety, aktywności fizycznej i przyjmowania leków.

Należy pilnie skontaktować się z lekarzem lub zgłosić się do Izby Przyjęć albo Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w przypadku silnego lub narastającego bólu brzucha, znacznego lub narastającego wzdęcia brzucha, gorączki lub dreszczy, obfitego lub utrzymującego się krwawienia z odbytu, omdlenia, znacznego osłabienia, duszności 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.

9. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Poniższe pytania służą zebraniu informacji o stanie zdrowia Pacjenta, które mogą mieć znaczenie dla bezpiecznego wykonania badania lub zabiegu 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.

10. 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:

☐kolonoskopię

☐biopsję

☐polipektomię

☐mukozektomię

☐tatuaż endoskopowy

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.

Rozumiem, że w przypadku braku możliwości bezpiecznego lub radykalnego wykonania zabiegu lekarz może odstąpić od jego wykonania lub kontynuowania i zalecić dalszą diagnostykę lub leczenie.

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: .....

11. ODMOWA ZGODY

Po uzyskaniu informacji dotyczących proponowanego postępowania:

☐**nie wyrażam zgody na kolonoskopię**
☐**nie wyrażam zgody na biopsję**
☐**nie wyrażam zgody na polipektomię**
☐**nie wyrażam zgody na mukozektomię**
☐**nie wyrażam zgody na tatuaż endoskopowy**

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: .....

12. 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 zabiegów, 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: .....