

Oświadczam, że nie zapisałem/-am się na badanie w innej placówce i otrzymałem/-am formularz świadomej zgody

## INFORMACYJNA DLA PACJENTA o badaniu Panendoskopii i formularz świadomej zgody

Prosimy uważnie, bez pośpiechu zapoznać się z poniższymi informacjami dla pacjenta. Dokument może zawierać pewne terminy, które będą dla Pana/Pani niejasne. Gdyby cokolwiek było dla Pana/Pani niezrozumiałe lub gdyby chciał/a Pan/Pani uzyskać więcej informacji, prosimy zwrócić się do lekarza prowadzącego badanie.

### Dlaczego wykonuje się panendoskopie?

Panendoskopie wykonuje się gdy na podstawie badania lekarskiego lub innych badań diagnostycznych istnieje podejrzenie choroby występującej w przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Panendoscopia jest badaniem umożliwiającym dokładną ocenę tych części przewodu pokarmowego z możliwością wykonania badania w kierunku *Helicobacter pylori* lub pobrania wycinków do badania mikroskopowego w przypadku stwierdzenia choroby wrzodowej żołądka, polipa lub innych nieprawidłowości, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia.

### Przeprowadzenie badania

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualne protezy zębowe lub aparat słuchowy jeśli znajduje się w lewym uchu. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu pielęgniarka zakłada między szczeki plastikowy ustnik w celu ochrony gastrokopu. Następnie badający lekarz wprowadza do jamy ustnej i gardła fibroskop średnicy około 1cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Moment ten może być nie przyjemny i dawać uczucie duszenia; wymaga współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest w niewielkim stopniu nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne, podobnie, jak pobieranie wycinków. Instrument służący do badania jest każdorazowo specjalnie dezynfekowany, dlatego też zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

### Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badan). Niekiedy może te dojść do krwawienia, głównie po pobraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają szybkiego leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia, oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień ,szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

**Tak - Nie**

2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?

**Tak - Nie**

3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi np. aspiryna, acenokumarol, warfin, xsarelto itd.?

**Tak - Nie**

4. Czy choruje Pani/Pan na oczy (Jaskra?)

**Tak - Nie**

5. Czy choruje Pani/Pan na choroby zakaźne, lub jest ich nosicielem HCV, HIV, HBV?

**Tak - nie**

### Postępowanie po badaniu

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godziny po badaniu nic jeść ani pic, aby uniknąć zadławienia. Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej, bądź zaobserwujecie czarny stolec. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeżeli czegoś Państwo nie zrozumieliście, lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

## FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

**Potwierdzam, że przeczytałem/am i zapoznałem/am informację dla pacjenta i formularz świadomej zgody dotyczące powyższego badania i uzyskałem/am zadowalające odpowiedzi na wszystkie zdane przeze mnie pytania.**

1. **Wyrażam dobrowolną, świadomą zgodę** przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/badania lub zabiegu, jak również na ewentualne konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi \*
2. **Zapoznałem się z treścią ulotki informacyjnej** o Panendoskopii informującej szczegółowo o możliwościach powikłań oraz o tym jak mam postępować po badaniu.
3. **Otrzymam na własność podpisany** i opatrzony datą oryginalny egzemplarz niemniejszej informacji dla pacjenta i formularz świadomej zgody.
4. **Oświadczam że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/łam\* istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób a w szczególności chorób zakaźnych.**

\_\_\_\_\_  
Nazwisko imię badanego lub opiekuna prawnego (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
Data

**1. Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/badania lub zabiegu\***

Uzasadnienie przez pacjenta/opiekuna prawnego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu.

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Nazwisko imię badanego lub opiekuna prawnego (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
Data

**Osoba uzyskująca zgodę pacjenta na udział w badaniu.**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą w sposób wyczerpujący i dokładny wyjaśniłem/am badanie pacjentowi/przedstawicielowi prawnemu pacjentowi podpisującemu powyższą zgodę na badanie. Oświadczam, że jest świadomy charakteru, zagrożeń i korzyści związanych z badaniem.

\_\_\_\_\_  
Nazwisko imię osoby uzyskującej zgodę na badanie (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby uzyskującej zgodę

\_\_\_\_\_  
Data

\* **niepotrzebne skreślić**