

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

## INFORMACYJNA DLA PACJENTA o badaniu Kolonoskopii 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 proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy u Pani/a istnienie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. W celu dokładnego określenia tych zmian lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać badanie diagnostycznych. Istnieją dwa sposoby

- poprzez endoskopową ocenę jelita grubego

- bądź radiologiczną za pomocą środka kontrastowego wprowadzonego doodbytniczo

Zastosowanie techniki endoskopowej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub są one niewielkie, a sama ocena jelita jest znacznie dokładniejsza niż przy badaniu Rtg. W znacznym też stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. W większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego.

Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (Kolonoskopii) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym np. odcięcie polipów w razie wykrycia tego typu zmian, co nie jest możliwe w badaniu RTG

### Przeprowadzenie badania

Badanie wykonuje się po odpowiednim polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita najczęściej za pomocą doustnie podanych środków przeczyszczających wspomaganym przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Przygotowanie odbywa się w przed-dzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach ze względu na stan ogólny pacjenta uniemożliwiający tego typu zadanie, czyszczenie jelita polega na kilku dniowej głodówce, połączonej z licznymi doodbytnicznymi wlewami czyszczącymi. Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbytnicę do jelita grubego. Zabieg może być okresami bolesny (ewentualnie ból trzeba odróżnić od stale występującego wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny) należy zgłosić lekarzowi, a jego stale utrzymywanie się może być wskazaniem do odstąpienia od dalszej oceny jelita.

Instrument służący do Kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby pobiera się ze zmiany chorobowej wycinki do oceny histopatologicznej. Służą do tego sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

### Możliwe powikłania

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się niezmiernie rzadko (0,35%). Należą do nich: Przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,08 %); krwawienie (0,008%) które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tego powodu jest jeszcze rzadsza. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia i przedziurawienia jelita oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

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

**Tak – nie**

2. Czy podobne objawy występowały wśród członków Państwa Rodziny?

**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 choroby zakaźne, lub jest ich nosicielem HCV, HIV, HBV?

**Tak - nie**

### Postępowanie po badaniu

W przypadku stosowania znieczulania nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny po zabiegu.

Występowanie jakichkolwiek niejasnych dla Pana /Pani objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarkę lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeżeli Państwo nie wszystko rozumiecie, albo, jeśli chcecie wiedzieć więcej o tym badaniu, wymienionych powikłaniach, bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem

## 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 Kolonoskopii 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**

Niniejszy dokument jest własnością Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska „HIPOKRATES” Sp. z o.o. i żadna jego część nie może być zmieniana lub kopiowana bez zgody Pełnomocnika ds. Zrządzania Jakością Dokument podlega aktualizacji i ewidencji.