

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA HIPOKRATES Sp. z o.o.

41-800 Zabrze ul. Reymonta 42
Tel.32-271-27-45, 32-271-88-60, fax.32-276-86-76
ID 277502994 NIP 648-23-87-376

INFORMACYJNA DLA PACJENTA o procedurze medycznej o podwyższonym ryzyku Polipektomia Endoskopowa 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 stwierdzono u Pani/a **istnienie polipa/polipów przewodu pokarmowego**. Doniesienia naukowe oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają że **polip jest to łagodny nowotwór który może zezłośliwić**. Zapobiegamy temu przez wykonanie polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa.

Istnieją dwa sposoby przeprowadzenia tego zabiegu:

1. Poprzez **przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna)**, lub
2. Z wykorzystaniem **endoskopu (endoskopowa elektroresekcja)**.

Zastosowane techniki endoskopowej zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań operacyjnych, najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga głębokiej narkozy. Nie bez znaczenia jest również fakt braku blizny na skórze oraz szybki powrót do normalnej aktywności życiowej po zabiegu. Instrument służący do zabiegu jest zawsze przed badaniem dokładnie dekontaminowany (myty i dezynfekowany przy użyciu specjalistycznej myjni endoskopowej). Cały proces jest dokładnie monitorowany w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta przed zakażeniami.

Przeprowadzenie badania

Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego i ocenie możliwości technicznych dokonania zabiegu, **zarzuca się pętlę na szypułę polipa i przepala ją, przepuszczając przez pętle prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się polipa i przesyła do oceny mikroskopowej.**

Możliwe jest również stopniowe odpalanie główki, zwłaszcza większego polipa, **techniką „kęsową”**. Należy podkreślić że **zabiegi te są niebolesne**.

W niektórych przypadkach przy **bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule, nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i trzeba wówczas wyciąć go metodą chirurgiczną**.

Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdążają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak powodzenie tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. W trakcie polipektomii, może zdarzyć się obfite krwawienie z szypuły polipa, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji. **Ryzyko takich powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka.**

Postępowanie po badaniu

Bezpośrednio po badaniu nie wolno jeść ani pić przez 2 godziny po zabiegu. Po tym czasie zaleca się przyjmowanie chłodnych płynów i pokarmów.

Występowanie jakichkolwiek niejasnych dla Pana /Pani objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce 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 zadowalającą odpowiedź na wszystkie zdane przeze mnie pytania.

1. **Wyrażam dobrowolną, świadomą zgodę** na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/badania lub zabiegu, jak również na ewentualne konieczne w tym przypadku dodatkowe zabiegi: polipektomię / pobranie wycinków* oraz **na związane z nim dodatkowe koszty**.
2. **Zapoznałem się z treścią ulotki informacyjnej** o Polipektomii Endoskopowej 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: polipektomii / pobranie wycinków ***

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 pacjenta 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.