

Informacja dla pacjenta oraz świadoma zgoda na wykonanie badania kolonoskopii

Imię i nazwisko chorego:.....

PESEL:

Stan ogólny chorego:.....

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań:

.....

Proponowane badanie/metoda leczenia:.....

Kolonoskopia to metoda badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na oglądaniu wnętrza jelita grubego. Polega ona na wprowadzeniu przez odbyt specjalnego wziernika zakończonego kamerą i przesłaniu obrazu, który widoczny jest na monitorze.

Do tego celu służy giętki instrument zwany kolonoskopem. Podczas tego badania możliwe jest pobieranie wycinków błony śluzowej jelita grubego do badań histopatologicznych, a także wykonywanie niektórych zabiegów.

Rozróżnia się kolonoskopię diagnostyczną i kolonoskopię terapeutyczną: do zabiegów możliwych do wykonania w trakcie tego badania należą: usuwanie polipów, (które mogą być stanem przedrakowym), tamowanie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, usuwanie ciał obcych i poszerzanie zwężeń. Dzięki temu w większości przypadków możliwe jest uniknięcie operacji. Czasem wystarczające jest badanie samej odbytnicy- rektoskopia, lub odbytnicy i esicy nazywane FSS- fiberosigmoidoskopia.

Do wykonania kolonoskopii, pacjent musi być odpowiednio przygotowany. Jelita powinny być opróżnione z treści pokarmowej, co uzyskuje się zaleceniami dietetycznymi i stosowaniu w dniu poprzedzającym badanie specjalnych środków przeczyszczających. W przypadku FSS wystarcza przygotowanie lewatywą. Badanie wykonuje się najczęściej w pozycji na lewym boku. Na początku lekarz znieczuli odbyt lignokainą w żelu, a następnie wprowadzany jest aparat i wpuszczane powietrze w celu dokładnego uwidocznienia powierzchni jelita.

Ryzyko zakażenia podczas kolonoskopii przy aktualnych metodach dezynfekcji i sterylizacji, które stosujemy w naszej pracowni, jest znikome. Kolonoskopia diagnostyczna jest badaniem stosunkowo bezpiecznym – ryzyko perforacji (przedziurawienie jelita) wynosi od 0,01-0,2 %, a ryzyko krwawienia 0,5 %. Ryzyko to wzrasta w przypadku polipektomii: perforacja 0,3-2 %, krwawienie w trakcie lub po zabiegu 1,5-2%. Gdy metodami endoskopowymi nie uda się wyleczyć tych powikłań, potrzebna może być operacja. Bardzo rzadkimi powikłaniami kolonoskopii są: uszkodzenie śledziony, zapalenie wyrostka i uchyłków, infekcje i chemiczne zapalenie jelita. Zgon zdarza się w wyjątkowych przypadkach 0-0,01% (0-1:10000 kolonoskopii).

W celu złagodzenia bólu i lęku podczas kolonoskopii w naszej Klinice stosuje się analgesodację polegającą na podawaniu leków przeciwbólowych (oxynorm) i uspokajających (relanium lub dormicum). Po znieczuleniu mogą czasem wystąpić powikłania dotyczące układu krążenia i oddechowego lub reakcje alergiczne. Należy pamiętać, aby w dniu, w którym przeprowadzano zabieg w znieczuleniu nie prowadzić samochodu i obsługiwać maszyn.

Brak zgody na wykonanie badania utrudni postawienie rozpoznania i wdrożenia prawidłowego leczenia oraz może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.

ROKOWANIE (wypełnia lekarz)

Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w danym przypadku

☐ Duże

☐ Średnie

☐ Ograniczone

Inne metody diagnostyczne jelita grubego to kolonografia (kolonoskopia wirtualna, badanie radiologiczne) oraz badanie kapsułką (praktycznie niedostępna w Polsce) i nierefundowane przez NFZ. W trakcie tych badań nie ma możliwości pobrania biopsji ze zmian oraz wykonanie zabiegu np. polipektomii.

VERTE →

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zapoznałem się z w/w informacjami, uzyskałem wyjaśnienie wątpliwości i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie badania **kolonoskopii**, z koniecznymi zabiegami terapeutycznymi.

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią lekarz spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej.

PODPIS PACJENTA I LEKARZA:

data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
data podpis oraz pieczętka lekarza	

SPRZECIW PACJENTA:

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg. Zostałem/Zostałam poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

data oraz podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
data podpis oraz pieczętka lekarza	

(Uzasadnienie przez pacjenta/przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej /zabiegu):

.....

.....

.....

.....