

## Informacja dla pacjenta oraz świadoma zgoda na wykonanie badania Gastroskopii (Panendoskopii) z opaskowaniem żyłaków przełyku

Imię i nazwisko chorego:.....

PESEL: .....

Stan ogólny chorego:.....

Wstępne rozpoznanie na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań:

.....

Proponowane badanie/metoda leczenia:.....

Panendoskopia, często w uproszczeniu nazywana gastroskopią to metoda diagnostyczna górnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na wprowadzeniu do niego giętkiego przewodu (endoskopu) zaopatrzonego w źródło światła i układ przekazujący obraz z wnętrza ciała.

W badaniu tym stosuje się znieczulenie miejscowe gardła (lignokaina), przez które wprowadza się endoskop. Dzięki temu zazwyczaj nie jest to badanie bolesne, ale u wielu pacjentów może powodować nieprzyjemne odczucia (odruch wymiotny i dyskomfort w nadbrzuszu). Po badaniu może również występować ból gardła.

Metoda ta umożliwia łączne oglądanie w czasie jednego badania kilku części przewodu pokarmowego:

- przełyku (ezofagoscopia)
- żołądka (gastroskopia)
- dwunastnicy (duodenoscopia).

Do wykonania gastroskopii, pacjent musi być na czczo (min 6 godzin). Badanie wykonuje się najczęściej w pozycji na lewym boku. W czasie badania niekiedy pobierany jest materiał do badań cytologicznych i histopatologicznych, a także wykonywane są zabiegi, takie jak: polipektomia (usunięcie polipów błony śluzowej), tamowanie krwawień poszerzanie zwężeń, usunięcie ciał obcych czy eradykacja żyłaków przełyku.

Ryzyko zakażenia podczas gastroskopii przy aktualnych metodach dezynfekcji i sterylizacji, które stosujemy w naszej pracowni, jest znikome. Gastroskopia diagnostyczna jest również badaniem zazwyczaj bezpiecznym. Powikłania zdarzają się w 1 na 500-1 na 1000 wykonanych badań. Perforacja (przeziurawienie ściany) zdarza się wyjątkowo rzadko tylko w 0,03 % przypadków a krwawienie w 0,15%. W przypadku tych powikłań, gdy nie uda się ich wyleczyć metodą endoskopową, czasem wymagana jest operacja. Zgon może dotyczyć 1 przypadku na 20-30 tys wykonanych badań. Większość ok. 40% powikłań gastroskopii diagnostycznej związana jest ze znieczuleniem, m.in. zwiększa się ryzyko powikłań krążeniowo- oddechowych jak również ryzyko zachłyśnięcia. Dlatego powinno się unikać głębszego znieczulenia w przypadku tego badania i stosować je tylko w wyjątkowych przypadkach głównie do zabiegów terapeutycznych.

W przypadku zabiegów terapeutycznych ryzyko perforacji i krwawienia istotnie wzrasta, jednak należy wziąć pod uwagę to, że w większości przypadków udaje się je zaopatrzyć metodami endoskopowymi. Ponadto zabiegi te pozwalają uniknąć obciążających i ryzykownych zabiegów operacyjnych.

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

### ROKOWANIE (wypełnia lekarz)

#### Prawdopodobieństwo powodzenia zabiegu w danym przypadku

Duże

Średnie

Ograniczone

Inne dostępne metody diagnostyki górnego odcinka przewodu pokarmowego to RTG z kontrastem oraz badanie kapsułką (praktycznie niedostępna w Polsce i nier refundowane przez NFZ). Obydwie metody nie dają możliwości pobrania biopsji.

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem/nie zataiłam 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):

.....

.....

.....

.....