# DANE PACJENTA

**FORMULARZ ZGODY – GASTROSKOPIA**

Imię i nazwisko pacjenta:……………………………………………………………………………………

Data urodzenia:…………………………………. Pesel:…………………………………........................

Adres:……………………………………………………………………………………………………………

Telefon:……………………………………………………………………………….....................................

# WSKAZANIA DO GASTROSKOPII

Wskazania do gastroskopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy

podejrzeniu choroby organicznej/ wrzodowej/ nowotworowej, podejrzenie uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku/ żołądka/ dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu, choroba refluksowa, przełyk Barretta, niedokrwistość złośliwa, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego.

# OPIS PRZEBIEGU BADANIA

Gastroskopia (panendoskopia) jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą

dokładnie ocenić przełyk, żołądek oraz znaczną część dwunastnicy. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku. Polega ono na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta lub nos do przełyku, a następnie żołądka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badania pozwala na dokładną ocenę błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, widoczne są zmiany chorobowe błony śluzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, żołądka i dwunastnicy, fałdy, widoczność naczyń krwionośnych, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych i dlatego może być wykonywana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również ambulatoryjnie. Najczęściej celem badania jest diagnostyka (rozpoznawanie) chorób przewodu pokarmowego, między innymi: żylaków, uchyłków, zmian zapalnych, choroby wrzodowej, chorób bakteryjnych i grzybiczych, zmian spowodowanych działaniem czynników chemicznych, diagnostyka i wykluczenie zmian nowotworowych, , ustalenie miejsca krwawienia. Pobranie wycinków do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym gardła lub jeżeli są wskazania w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

# OPIS INNYCH DOSTĘPNYCH METOD

Badania alternatywne do gastroskopii: badanie radiologiczne z kontrastem, endoskopia

endoskopia kapsułkowa, tomografia komputerowa. Badania te nie pozwalają na precyzyjną i dokładną ocenę badanych narządów, na pobranie materiału do badania histopatologicznego oraz na wykonanie zabiegów endoskopowych.

# OPIS POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z BADANIEM

Gastroskopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego

endoskopistę. Jako metoda inwazyjna obarczana jest możliwością wystąpienia powikłań.

* Perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania <1%

w badaniach diagnostycznych (najczęściej wymaga leczenia operacyjnego)

* Krwawienie – częstość występowania <1% w badaniach diagnostycznych,

1-1,5% po zabiegach endoskopowych (w większości przypadków wymaga leczenia operacyjnego)

* Mechaniczne uszkodzenie śluzówki – częstość występowania <1% (leczenie zachowawcze)
* Reakcja na podawane leki – częstość występowania <1%
* Powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo –naczyniowego (częstość występowania <1%)

# OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane

z podaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Czy istnieje u Pani/ Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach lub usunięciu zęba, bądź 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)? | TAK  ☐ | NIE  ☐ |
| 4. Czy choruje Pani/ Pan na jaskrę? | TAK  ☐ | NIE  ☐ |

Miejsce do indywidualnych adnotacji lekarza opiekującego się pacjentem:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**OPIS PROGNOZY POOPERACYJNEJ I POWIKŁAŃ ODLEGŁYCH**

Po gastroskopii może występować wzdęcie, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej.

Objawy ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki i powrócić do normalnej aktywności życiowej.

# OPIS MOŻLIWYCH NASTĘPSTW REZYGNACJI Z BADANIA

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego

zachowawczego lub operacyjnego.

# OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam iż zapoznałam/em się z treścią niniejszego formularza oraz

zostałam/em poinformowana/y przez………………………………. o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam iż miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam/em na nie odpowiedź. W razie chęci poznania odpowiedzi na kolejne pytania prosimy o wpisanie ich poniżej:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

## Data oraz podpis pacjenta

Wnoszę o pobranie wycinków do:

badania histopatologicznego TAK NIE

testu ureazowego-  wykrywania obecności bakterii Helicobacter pylori TAK NIE

**nawet jeżeli będzie to niewskazane ze względów medycznych w opinii lekarza wykonującego zabieg.**

## Data oraz podpis pacjenta

**OŚWIADCZENIA PACJENTA**

Wyrażam świadomie zgodę na przekazanie wyniku badania w obecności osoby towarzyszącej.

## Data oraz podpis pacjenta

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie badania.

## Data oraz podpis pacjenta

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

## Data oraz podpis pacjenta

**Data i podpis lekarza udzielającego informacji o badaniu**