# DANE PACJENTA

**FORMULARZ ZGODY – KOLONOSKOPIA**

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

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

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

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

# WSKAZANIA DO KOLONOSKOPII

Bóle brzucha, zmiana rytmu oddawania stolca (zaparcia, biegunka), krwawienie jelitowe,

utrata masy ciała, niewyjaśniona niedokrwistość, rozpoznane polipy jelita grubego lub stan po usunięciu polipów, diagnostyka i kontrola po leczeniu zachowawczym i operacyjnym chorób jelita grubego, weryfikacja nieprawidłowości wyników innych badań obrazowych jelita grubego, jako badanie profilaktyczne chorych rodzinnie obciążonych chorobami jelita grubego (zapalenie jelita grubego, polipowatość rodzinna, choroby nowotworowe).

# OPIS PRZEBIEGU BADANIA

Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita

grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego. Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna. W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, acard, leki przeciwkrzepliwe, insulina, niesterydowe leki przeciwzapalne. W trakcie badania pacjent leży na boku lub plecach – pozycja może ulec zmianie w celu lepszego uwidocznienia jelita. Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt do odbytnicy a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpierania, wzdęcia. Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pociąganie krezki jelita o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do ich ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważa podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter (zmiana nowotworowa, zmiana nienowotworowa). Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia badania endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

# OPIS INNYCH DOSTĘPNYCH METOD

Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi są badania radiologiczne z wlewem

środka kontrastowego do światła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. Są one badaniami uzupełniającymi i nie mogą zastąpić badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalającym ocenić światło jelita grubego jest kapsułka endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego ani na przeprowadzenie zabiegów wewnątrz jelita.

# OPIS POWIKŁAŃ STANDARDOWYCH ZWIĄZANYCH Z BADANIEM

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego

endoskopistę. Komplikacje są rzadkie, jednak mogą wystąpić. Średnie ryzyko wystąpienia powikłań szacowane jest na 0.35%. Ryzyko zwiększa się u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, chorobą nowotworową oraz u osób, u których wykonuje się jednoczasowo zabiegi endoskopowe w jelicie grubym.

* Krwawienie – częstość występowania 1-1.5% (w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego)
* Perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania <1% po kolonoskopii diagnostycznej i do 3% po kolonoskopii z zabiegiem endoskopowym (najczęściej wymaga leczenia operacyjnego)
* Mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej – częstość występowania <1%
* 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 jest Pani w ciąży | TAK☐ | NIE☐ |

Miejsce do indywidualnych adnotacji lekarza opiekującego się pacjentem:

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

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

**OPIS PROGNOZY POOPERACYJNEJ I POWIKŁAŃ ODLEGŁYCH**

Po kolonoskopii mogą występować wzdęcia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita

powietrzem podczas badania. Dolegliwości ustępują samoistnie po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można zjeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anestezjologicznej (1-2h) i nie może w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych.

# OPIS MOŻLIWYCH NASTĘPSTW REZYGNACJI Z BADANIA

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia

przyczynowego.

# 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

**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**