



ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE KOLONOSKOPII

Imię i nazwisko _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres _____

Numer telefonu _____

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym umożliwiającym ocenę jelita grubego, wykonywanym za pomocą giętkiego wziernika (kolonoskopu), który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego.

Kolonoskop umożliwia oglądanie wnętrza jelita oraz wykonywanie ewentualnych zabiegów takich jak np.: pobranie wycinków lub usunięcie polipa.

W trakcie badania może wystąpić wzdęcie i uczucie parcia wynikające z wprowadzenia powietrza do światła jelita. Może również wystąpić ból spowodowany uciskiem aparatu na ścianę jelita i jest on zależny od indywidualnej wrażliwości na bodźce bólowe. Wystąpienie bólu należy zgłosić lekarzowi.

W razie potrzeby podczas badania pobiera się wycinki ze zmian chorobowych do oceny histopatologicznej.

Do tego celu służą sterylne kleszczyki. Pobranie wycinków nie jest bolesne i nie zwiększa w sposób istotny ryzyka powikłań.

Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza.

Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko – w 0,35%, są to:

- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%) - zwykle wymaga natychmiastowej operacji.
- krwawienie (0,008%) - które zwykle wymaga natychmiastowej operacji.
- opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z tych powodów jest jeszcze rzadsza.

W pewnych przypadkach, np.: zmian naczyniowych (np. angiodysplazje), krwawienia do przewodu pokarmowego, istnieje konieczność zastosowania dodatkowych metod endoskopowych, np.: koagulacyjnych (plazma argonowa, elektrokoagulacja), mechanicznych (klipsy hemostatyczne), które niosą ze sobą niewielkie ryzyko powikłań.

Dyskomfort utrzymujący się kilka godzin po badaniu nie jest traktowany jako powikłanie.

Po badaniu bez znieczulenia nie ma przeciwwskazań do spożycia posiłku.

Badanie wykonywane jest sprzętem specjalnie dezynfekowanym, wg ogólnie przyjętych zasad oraz sprzętem jednorazowym, co zmniejsza do minimum ryzyko przeniesienia zakażenia w trakcie badania.

W przypadku jakichkolwiek dodatkowych pytań bądź wątpliwości proszę zwrócić się do lekarza bądź pielęgniarki.

Prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

Proszę o zaznaczenie jednej odpowiedzi		TAK	NIE
1	Czy jest Pani/Pan na coś uczulona (leki, pokarmy, jod, pyłki, środki chemiczne)?		
2	Czy choruje Pani/Pan na choroby wątroby ?		
3	Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwe (Aspiryna, Polocard, Sintrom, Acenocumarol, Heparyna)?		
4	Czy jest Pani/Pan na czczo?		
5	Czy jest Pani w ciąży?		

Oświadczenie

Oświadczam, iż udzieliłem/am pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania lekarza odnośnie mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków oraz przebytych zabiegów.

Zgoda na proponowaną procedurę medyczną.

Zostałem/zostałam poinformowany/a o potrzebie wykonania powyższego badania/zabiegu endoskopowego, zasadach, celowości i sposobie przeprowadzenia oraz ewentualnych następstwach proponowanej procedury diagnostycznej i leczniczej. W przypadku powikłań lub stwierdzenia nowych okoliczności, których nie można było przewidzieć przed zabiegiem zgadzam się na rozszerzenie zakresu zabiegu zarówno metodami endoskopowymi jak i chirurgicznymi . Miałem możliwość zadania pytań lekarzowi, na które otrzymałem zadowolające odpowiedzi.

Po zapoznaniu się z przedstawioną mi informacją dotyczącą zabiegu wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (*niepotrzebne skreślić) na wykonanie kolonoskopii, biopsji i innych niezbędnych zabiegów: _____

Podpis pacjenta: _____

Podpis lekarza udzielającego informacji: _____

Wołomin dnia _____