



ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE POLIPEKTOMII

Imię i nazwisko _____

PESEL

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

Doniesienia naukowe oraz wieloletnie obserwacje potwierdzają, że polip jest łagodnym nowotworem, który pozostawiony może zezłośliwieć. Zapobiegamy temu przez wykonanie polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa. Istnieją dwa sposoby przeprowadzenia tej operacji:

- (1) poprzez przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna), bądź
- (2) z wykorzystaniem endoskopu (endoskopowa resekcja pętlą diatermiczną).

Zastosowanie techniki endoskopowej zmniejsza możliwość wystąpienia powikłań operacyjnych, najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga narkozy, nie pozostawia blizn na skórze oraz zapewnia szybki powrót do normalnej aktywności życiowej po zabiegu.

Usunięcie polipa wykonywane jest jednorazowym sprzętem, co zmniejsza do minimum ryzyko zainfekowania chorego. Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego i ocenie możliwości technicznych dokonania zabiegu, zarzuca się pętlę na szypułkę polipa i przepala ją, przepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się polipa i przesyła do oceny mikroskopowej. Możliwe jest również stopniowe odpalanie główki, zwłaszcza większego polipa, technika „kęsowa”. Należy podkreślić, że zabiegi te są niebolesne. W niektórych przypadkach, przy bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule, nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i trzeba wówczas wyciąć go metodą chirurgiczną.

Powodzenia zabiegu jak również zupełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz.

Powikłania:

- w trakcie polipektomii może się zdarzyć obfite krwawienie z szypuły polipa,
- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie, które mogą wymagać natychmiastowej operacji.
- Ryzyko wystąpienia takich powikłań jest mniejsze niż 1%, a śmiertelność niezwykle rzadka.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających bądź anestetycznych, zanim podejmiemy wspólną decyzję, 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 zadowalające 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 _____