

NZOZ KardioNeuroMED Przychodnia Specjalistyczna
Pracownia Endoskopii 23-400 Biłgoraj, ul. Nadstawna 56 B/4

Zgoda pacjenta na wykonanie kolonoskopii

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL/data urodzenia.....

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby te decyzje ułatwić, informujemy w ulotce *I7.1.7 Informacja i schemat przygotowania do kolonoskopii* oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

Kolonoskopia jest badaniem bezpiecznym w rękach doświadczonego endoskopisty. Komplikacje są rzadkie, jednakże 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 jednocześnie zabiegi endoskopowe w jelicie grubym

Pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:

- krwawienie - szczególnie po pobraniu wycinków (0,008%) i po polipektomi (1-1,5%), które może być opanowane metodą endoskopową (w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego) poprzez ostrzyknięcie, koagulację prądem lub założenie klipsa; rzadko wymagają pilnego leczenia operacyjnego.
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, u pacjentów obciążonych powikłania ze strony układu sercowo- naczyniowego oraz oddechowego jak zaburzenia oddychania, zaostrzenie choroby wieńcowej, wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego, zaostrzenie niewydolności oddechowej – częstość poniżej 1%, zaburzenia rytmu serca, asystolia – opisywane pojedyncze przypadki
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na podawane leki - ok. 1%,
- przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (częstość występowania 0,14 - 0,18%), z możliwym zapaleniem otrzewnej, przy usuwaniu polipów 3% - najczęściej wymaga leczenia operacyjnego,
- zadziergnięcie jelita - opisywano pojedyncze przypadki
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawanym każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia drobnoustrojami (występuje nie częściej niż raz na 5-10 milionów badań)
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem 0,004% (czyli raz na 25.000 badań)

Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania (zaznacz właściwą odpowiedź):

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów lub skłonność do łatwego powstawania „siniaków” na skórze? tak * nie *
2. Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? tak * nie *
3. Czy ma Pani/Pan wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę? tak * nie *
4. Czy jest Pani w ciąży? tak * nie *
5. Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)? tak * nie *
6. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. Acard, Polocard, Xarelto, Pradaxa, Warfin, Acenokumarol, Clopidogrel)? tak * nie *
Jeżeli tak, to jakie
7. Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? tak * nie *
Jeżeli tak, to jakich?
8. Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowany/-a ? tak * nie *
Jeśli tak, to proszę podać z jakiego powodu

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

Zachowanie po zabiegu:

Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy nie mogą Państwo w przeciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, do domu należy wrócić z opiekunem.

Jeżeli po badaniu stwierdzą Państwo silne bóle brzucha, gorączkę, zauważą krwawienie z odbytu prosimy zgłosić się do lekarza.

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o powyższych powikłaniach.

Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Niniejszym wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania.

Ponadto wyrażam zgodę na:

- ewentualne pobranie wycinka(ów) z jelita grubego do badania mikroskopowego (histopatologicznego) tak * nie *
- wyrażam zgodę na endoskopowe usunięcie polipów, jeśli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne tak* nie *
- wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie tak* nie *

*niepotrzebne skreślić

Data

.....
podpis pacjenta(ki)

.....
podpis lekarza