

GASTROSKOPIA

Zabieg, który Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego zabiegu.

Gastroskopia jest badaniem pozwalającym na dokładną ocenę górnego odcinka przewodu pokarmowego [przełyk, żołądek, dwunastnica] za pomocą specjalnego urządzenia zwanego gastroskopem. Końcówka aparatu posiada mikrokamerę, dzięki której obraz przekazywany jest do monitora i pozwala lekarzowi na analizę badanego odcinka. Poza tym gastroskop umożliwia również:

- **pobieranie wycinków** – dokonuje się tego za pomocą kleszczyków biopsyjnych, pobierając nieduże elementy potrzebne do przebadania pod mikroskopem. Zabieg ten ma szczególne znaczenie przy podejrzeniu polipów, wrzodów, nadzerek czy też nowotworów.

Przebieg badania

W pierwszej kolejności lekarz lub pielęgniarka znieczula gardło badanej osobie., a następnie wkłada pacjentowi plastikowy ustnik chroniący gastroskop przed przygryzieniem. Pacjent uklada się na lewym boku. Przez jamę ustną lekarz wprowadza do przełyku, żołądka, a następnie do dwunastnicy gastroskop. Moment wprowadzania aparatu jest troszkę nieprzyjemny i może powodować lekki odruch wymiotny, jednak w dużej mierze jest to uzależnione od wrażliwości badanej osoby. Najlepszym sposobem by złagodzić to uczucie jest spokojne i miarowe oddychanie. Gastroskopia jest badaniem trwającym krótko i w zależności od wykonywanych procedur inwazyjnych trwa około 10 minut.

Możliwe powikłania

Gastroskopia i ewentualna biopsja jest badaniem bezpiecznym, jednak jak każdy zabieg inwazyjny, jest związana z ryzykiem wystąpienia powikłań. Wyjątkowo może nastąpić:

- perforacja [przeziurawienie] przełyku, odma i zapalenie śródpiersia
- perforacja żołądka lub dwunastnicy, zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawany każdorazowo sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby [m.inn. HBV i HCV] lub innymi wirusami.
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne [od wysypki skórnej, swędzenia po wstrząs anafilaktyczny]
- część z ww. powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz resuscytacji krążeniowo-oddechowej
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko zakończyć zgonem.

Aby ograniczyć ryzyko powikłań, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

- Czy stwierdzono u Pani/Pana lub w rodzinie zaburzenia krzepnięcia krwi lub skłonność do przedłużonego, opóźnionego lub obfitego krwawienia po drobnych urazach lub zabiegach medycznych/stomatologicznych.

TAK

NIE

- Czy przyjmował/-a Pan/Pani w ostatnich 10 dniach leki mogące wpływać na krzepnięcie krwi [aspiryna, acenokumarol, wafaryna, clopidogrel, prasugrel, tiklopidyna, heparyna]? Uwaga! Wymienione nazwy to nazwy międzynarodowe leków, które są sprzedawane pod różnymi nazwami handlowymi. Jeżeli nie wie Pani/Pan, czy zażywany lek jest wśród wymienionych – proszę zapytać lekarza.

TAK

NIE

Uwaga: Jeżeli zabieg endoskopowy wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym, nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych w tym dniu i konieczna jest opieka drugiej osoby. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego wskazane jest nieprowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.



ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG ENDOSKOPOWY GASTROSKOPIA

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Adres zamieszkania, nr tel.....

Rozpoznanie.....

Data badania.....Nr badania.....

Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że:

Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem zabiegu endoskopowego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i **zgadzam się na proponowany zabieg endoskopowy.**

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna.....

Wyrażam zgodę na wykonanie testu ureazowego w celu identyfikacji zakażenia *Helicobacter Pylori*.

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna.....

Zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie [w tym m.inn. o zabieg pobierania wycinków i zabieg usunięcia polipów] jeżeli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej.

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez lekarza o przebiegu znieczulenia i możliwych powikłaniach.

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna.....

Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i **zrozumiałem/am** je. W związku z powyższym, proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów.

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna.....

Pieczęć świadczeniodawcy

Rzeszów, dnia.....

Oświadczam, że udzieliłem pacjentowi/pacjentce wyczerpującej informacji odnośnie sposobu wykonania gastrokopii oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku badania.

Pieczętka/Podpis lekarza wykonującego badanie.....

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNE DOTYCZĄCY PRZESZŁOŚCI PACJENTA W OKRESIE
6-CIU MIESIĘCY PRZED PRZYJŚCIEM DO PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

Imię nazwisko

Data urodzenia Pesel Wzrost Waga

<p>1. Czy chorował(a) Pan(i) na Wirusowe Zapalenie Wątroby? Jeżeli tak, proszę podać kiedy</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>7. Czy korzystała Pani z usług gabinetów ginekologicznych (zabiegi ginekologiczne, położnicze) Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>2. Czy był(a) Pan(i) leczony(a) w innych placówkach ochrony zdrowia? Proszę podać gdzie:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>8. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów stomatologicznych (ekstrakcja zębów, plomba)? Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>3. Czy w ciągu ostatnich 6-ciu miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z chorym na Wirusowe Zapalenie Wątroby? Jeżeli tak, proszę podać gdzie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>9. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług lekarzy okulistów (usuwanie ciała obcego z oka itp.)? Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie:.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>4. Czy otrzymał(a) Pan(i) iniekcje, kroplówki, transfuzje? tak/nie. Jeżeli tak, proszę podać gdzie:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>10. Czy posiada Pan(i) tatuaż? Jeżeli tak, proszę podać kiedy i gdzie został wykonany:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>5. Czy przechodził(a) Pan(i) zabiegi naruszające powłoki skórne (biopsje, punkcje, akupunktura, szczepienia, operacje, pobieranie krwi, testy alergiczne, zastrzyki)? Jeżeli tak, proszę podać kiedy:</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>11. Czy korzystał(a) Pan(i) z usług gabinetów kosmetycznych? Proszę podać kiedy i gdzie:.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>6. Czy miał(a) Pan(i) wykonywane badania endoskopowe? Proszę podać kiedy i gdzie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>12. Czy jest Pan(i) zaszczepiony(a) p/WZW? Jeżeli tak, proszę podać kiedy:.....</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba zbierająca wywiad:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> = Tak <input checked="" type="checkbox"/> = Nie</p>

Proszę zaznaczyć poprawne odpowiedzi znakiem X

Data

Podpis Pacjenta/Opiekuna