

**INFORMACJA DLA PACJENTA  
ORAZ**

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GASTRODUODENOSKOPII**

**(badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego: przełyk, żołądek, dwunastnica)**

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Pesel.....

**Gastroduodenoskopia** jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dwunastnicy.

Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje potrzeba - pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze znalezionych tam zmian, opanowanie krwawienia lub usunięcie polipa za pomocą pętli diatermicznej.

**Przygotowanie:** Na badanie pacjent powinien zabrać ze sobą:

- skierowanie na badanie (nie dotyczy badań komercyjnych)
- posiadaną dokumentację medyczną
- ligninę ew. chusteczki higieniczne.

Przed gastroskopią pacjent nie powinien nic jeść ani pić przez co najmniej 6 godzin. Dzięki temu badany odcinek przewodu pokarmowego będzie wolny od resztek jedzenia co zapewni dokładność badania. Przed badaniem należy usunąć wszelkie ruchome protezy zębowe i zdjąć okulary.

**Przebieg badania:** badanie wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku. W trakcie całego badania pacjent trzyma w ustach specjalny ustnik, przez który jest wprowadzany endoskop. Bezpośrednio przed rozpoczęciem badania gardło zostaje znieczulone roztworem lignokainy. Powoduje to zniesienie nieprzyjemnych odruchów. W trakcie całego badania pacjent powinien głęboko, spokojnie oddychać, powstrzymując się od polykania śliny. Dzięki temu badanie przebiegnie bezboleśnie, a pacjent odczuwa jedynie uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem wdmuchiwanym do żołądka.

**Po badaniu:** po gastroskopii przez krótki czas może pozostać dyskomfort w gardle, który ustępuje samoistnie. Z powodu znieczulenia gardła prosimy nie jeść ani nie pić przez dwie godziny po zabiegu. Uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem w żołądku ustępuje w przeciągu kilku godzin. Jeżeli badanie przeprowadzone było w znieczuleniu dożylnym pacjent nie powinien w tym dniu prowadzić samochodu i/lub obsługiwać maszyn, podpisywać ważnych dokumentów, a do domu należy wrócić z osobą towarzyszącą.

**Możliwe powikłania:** zdarzają się wyjątkowo rzadko i najczęściej ustępują samoistnie. Pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko mogą wystąpić powikłania w postaci reakcji uczuleniowej na leki, krwawienia, perforacji (przedziurawienie przewodu pokarmowego), objawów kardiologicznych (zaburzeń rytmu serca, bólu wieńcowego), zaostrzenia astmy oskrzelowej. Chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowym lub poddawanych sterylizacji chemicznej nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (HBV, HCV) lub innymi drobnoustrojami. Niekiedy występują powikłania, których nie sposób przewidzieć, mogą być poważne i wyjątkowo rzadko zakończyć się zgonem. Jeżeli kilka godzin po badaniu utrzymują się silne dolegliwości bólowe brzucha, bóle nasilają się, obwód brzucha narasta, pojawiła się gorączka lub wymioty należy pilnie skontaktować się z lekarzem.

Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:

- Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do powstawania siniaków, krwawień po zranieniach lub usunięciu zęba? TAK / NIE \*
- Czy jest Pani/Pan uczulona/y na środki znieczulające, lekarstwa, środki dezynfekcyjne? TAK / NIE\*. Jeżeli tak to jakie?.....
- Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę? TAK / NIE \*

(\* ) Właściwą odpowiedź (TAK lub NIE) należy otoczyć obwódką.

- Czy jest Pani w ciąży? TAK / NIE\*
- Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie, astma oskrzelowa)? TAK / NIE\*
- Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? TAK / NIE \*
- Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? TAK / NIE\*. Jeżeli tak to jakie?.....

W trakcie badania może zająć konieczność pobierania wycinków do badania histopatologicznego lub usunięcie polipa (polipektomii) – czy wyraża Pani/Pan zgodę na wykonanie tych procedur? TAK / NIE \*

JEŻELI PRZEDSTAWIONE WYŻEJ INFORMACJE SĄ DLA PANI/PANA NIEWYSTARCZAJĄCE PROSIMY O ZADAWANIE PYTAŃ LEKARZOWI PRZED ROZPOCZĘCIEM BADANIA.

**Niniejszym oświadczam**, że informacje przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem oraz zawarte w treści niniejszego formularza zrozumiałam/em. Oświadczam również, że miałam/em możliwość zadawania pytań oraz wyjaśnienia moich wątpliwości.

Bez zastrzeżeń, świadomie **zgadzam się** na przeprowadzenie u mnie

**GASTRODUODENOSKOPII**

oraz ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania badania w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

.....  
data

.....  
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

.....  
Podpis lekarza

(\* ) Właściwą odpowiedź (TAK lub NIE) należy otoczyć obwódką.