
**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ
FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE
KOLONOSKOPII, REKTOSKOPII**

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Pesel.....

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym dolnego odcinka przewodu pokarmowego, które polega na wprowadzeniu przez odbyt specjalnego wziernika zakończonego kamerą i oglądaniu wnętrza jelita grubego. Do tego celu służy giętki instrument zwany kolonoskopem o długości od 130 do 200 cm. Celem badania jest optyczna ocena śluzówki jelita oraz, jeśli jest taka potrzeba, pobieranie wycinków błony śluzowej jelita grubego do badań histopatologicznych, a także wykonywanie drobnych zabiegów, np. usuwanie pojedynczych polipów. W trakcie badania istnieje możliwość podania drogą dożylną środków przeciwbólowych lub uspokajających.

Rektoskopia jest badaniem endoskopowym końcowego odcinka przewodu pokarmowego polegającym na oglądaniu odbytnicy za pomocą sztywnego wziernika.

Przygotowanie: Na badanie pacjent powinien zabrać ze sobą:

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

Badanie wykonuje się po odpowiednim oczyszczeniu jelita grubego. Do badania należy przygotować się według instrukcji otrzymanej od personelu medycznego poradni.

Przebieg badania: Tuż przed badaniem pacjent przebiera się w jednorazową odzież. Badanie wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku. Badający wsuwa do odbytnicy pacjenta końcówkę kolonoskopu i stopniowo przesuwają ją wzdłuż jelita grubego. Badający kontroluje ruch kolonoskopu w jelicie. W czasie badania pacjent może być poproszony o zmianę pozycji ciała. Badaniu mogą towarzyszyć wzdęcia spowodowane podawaniem powietrza do światła jelita umożliwiając jego lepszą ocenę – nie należy wstrzymywać gazów w czasie badania. Badanie trwa od 15 do 60 minut.

Po badaniu: Zaraz po badaniu pacjent otrzymuje wynik badania. W przypadku kiedy pobrano wycinki do badania histopatologicznego należy poczekać ok. 4 tygodni na wynik. Jeśli badanie przeprowadzone było w znieczuleniu dożylnym nie należy w tym dniu prowadzić samochodu i/lub obsługiwać maszyn a do domu wrócić z osobą towarzyszącą.

Możliwe powikłania: badania endoskopowe są z reguły bezpiecznymi procedurami medycznymi. Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko, jednak nie można zagwarantować całkowitego ich wykluczenia. Pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko mogą wystąpić powikłania w postaci przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego i krwawienia, które wymagają zabiegu operacyjnego. Może dojść również do zaburzeń ze strony układu krążenia lub reakcji uczuleniowej na podawane w trakcie badania leki. 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 po badaniu utrzymują się silne dolegliwości bólowe brzucha, bóle nasilają się, obwód brzucha narasta, pojawiła się gorączka lub krwawienie z odbytu 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*

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

- 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*
- 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*. Jakich?.....
- Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? TAK / NIE*. Jeżeli tak to jakie?.....

W trakcie badania może zajść 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

ENDOSKOPII DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

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.