

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

## Zgoda pacjenta na wykonanie gastroskopii

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL/data urodzenia.....

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby te decyzje ułatwić, informujemy w ulotce I7.1.6 *Informacja i schemat przygotowania do gastroskopii* oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

Gastroskopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego endoskopistę. Jako metoda inwazyjna **pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko – raz na kilka tysięcy badań - obarczona jest ryzykiem wystąpienia następujących powikłań:**

- objawy ze strony innych układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, jak zaostrzenie choroby wieńcowej, wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca, asystolia, zaostrzenie niewydolności oddechowej – częstość poniżej 1%,
- krwawienia (szczególnie po pobraniu wycinków i po polipektomi) - częstość wstępowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych,
- możliwość wymiotów i zachłyśnięcia się treścią z żołądka następstwem którego może być zachłystowe zapalenie płuc - poniżej 1%,
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym - < 1%,
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na podawane leki - ok. 1%
- 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),
- przedziurawienie (perforacja) ściany przewodu pokarmowego (nie przekracza 0,05% badań): perforacja przełyku z możliwą następczą odmą i zapaleniem śródpiersia; perforacja żołądka lub dwunastnicy z możliwym zapaleniem otrzewnej - stwierdzono pojedyncze przypadki na świecie. Powikłania takie mogą być opanowane endoskopowo za pomocą ostrzykiwania, lub klipsowania za pomocą specjalnego instrumentu wprowadzonego przez kanał endoskopu; rzadko wymagają pilnego leczenia operacyjnego.
- 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 \*

F7.1.10 zgoda na wykonanie gastroskopii w 1

2. Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, leki, 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:**

Z powodu znieczulenia gardła prosimy do dwóch godzin po zabiegu nic nie jeść i nie pić.

Bardzo ważne jest wczesne rozpoznanie możliwych powikłań i kontakt z lekarzem, jeżeli wystąpią kłopoty z połykaniem, utrzymujący się ból w klatce piersiowej, narastający ból gardła, silny ból brzucha, gorączka, dreszcze lub czarny stolec.

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.

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

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

**Niniejszym wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania.**

Ponadto wyrażam zgodę na:

- ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego tak \* nie \*
- zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie. tak\* nie \*

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(data i podpis lekarza)

.....  
(data i podpis pacjenta)