



Świadoma zgoda na wykonanie gastrokopii

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby te decyzje ułatwić, informujemy w tej ulotce oraz w rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i ewentualnych powikłaniach planowanego badania.

Dlaczego proponujemy Państwu to badanie?

Na podstawie przeprowadzonego dotychczas badania lekarskiego (wywiad i badanie fizykalne) oraz ewentualnie badań dodatkowych (np. rentgenowskich) istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Panendoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą części przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawrotowość wrzodów, lub też oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa, lub innych zmian, co ma zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Brak obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

Przeprowadzenie badania

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej na lewym boku. Wcześniej należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (dla ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła fiberoskop średnicy około 1cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego.

Moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia; wymaga współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut, jest w niewielkim stopniu nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne, podobnie, jak pobieranie wycinków. Instrument służący do badania jest każdorazowo specjalnie dezynfekowany, dlatego też zainfekowanie chorego w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej jednak pełnego powodzenia tego badania, jak również jego absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo może nastąpić przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego, (zwłaszcza przełyku w około 0,05% badan). Niekiedy może też dojść do krwawienia, głównie po pobraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają szybkiego leczenia

operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, takich jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca. Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia, oraz zmniejszyć ryzyko związane z podawaniem środków znieczulających prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?*

Tak / Nie

2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?*

Tak / Nie

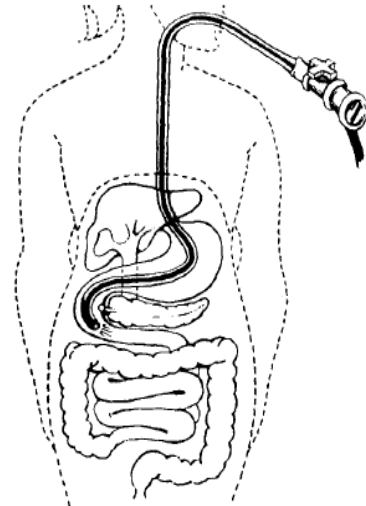
3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, dikumarol, itp.)?*

Tak / Nie

4. Czy nie choruje Pani/Pan na oczy (jaskra)?*

Tak / Nie

*- zaznaczyć właściwe krzyżykiem



Postępowanie po badaniu

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godziny po badaniu nic jeść ani pic, aby uniknąć zadławienia. Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej, bądź zaobserwujecie czarny stolec. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi. Proszę pytać, jeżeli czegoś Państwo nie zrozumieliście, lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania.*

Wyrażam również zgodę na znieczulenie ogólne lub głębokie uspokojenie w celu przeprowadzenia badania endoskopowego.*

.....
Nazwisko i imię badanego lub opiekuna:

.....
PESEL:

.....
Data i podpis:

(niepotrzebne skreślić)*

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 przy powrocie do domu. Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego wskazane jest nieprowadzenie pojazdów mechanicznych bezpośrednio po jego wykonaniu.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informuję, że

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych

Celem przetwarzania danych osobowych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem tych danych w rozumieniu obowiązujących przepisów jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych, pod adresem ul. 29 Listopada 57, 38-700 Ustrzyki Dolne.
2. Podanie danych jest dobrowolne i są one zgodne z prawdą.
3. Mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie.
5. Zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej Ochrony Danych Osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych.

Ustrzyki Dolne dn.,

.....

Podpis