

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA: GASTROSKOPIA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL.....

1.CEL BADANIA : Badanie umożliwia ocenę przełyku, żołądka i dwunastnicy. W trakcie badania pobierane są wycinki do badania histopatologicznego, jeżeli jest taka potrzeba, oraz wykonywana jest polipektomia, czyli usunięcie polipów w razie ich stwierdzenia. Polipy usuwa się przy pomocy odpowiednich pętli, którymi się je chwyta i „odpala” prądem diatermicznym. W trakcie badania mogą być wykonywane inne zabiegi terapeutyczne takie jak opanowanie krwawienia, niszczenie zmian angiodyplastycznych (nieprawidłowych poszerzeń naczyńowych), poszerzenie zwężeń, usuwanie ciał obcych, zakładanie sondy do żywienia dojelitowego.

2.WSKAZANIA DO BADANIA : Wskazaniem do badania jest podejrzenie chorób przełyku, żołądka lub dwunastnicy, poszukiwanie żylaków przełyku, oraz ocena uszkodzeń przewodu pokarmowego po spożyciu środków żrących, ocena przewodu pokarmowego przed planowanym innym leczeniem (np. chirurgicznym czy też przeciwkrzepliwym), konieczność działań terapeutycznych endoskopowych wymienionych w punkcie

3.PRZECIWSKAZANIA DO BADANIA : Przedziurawienie przewodu pokarmowego, niewydolność krążeniowo-oddechowa oraz brak współpracy ze strony pacjenta. Zaburzenia krzepnięcia są względnymi przeciwwskazaniami do endoskopii terapeutycznej.

4.PRZYGOTOWANIE PACJENTA : Do czasu badania należy być na czczo.

5.PRZEBIEG BADANIA : Po miejscowym znieczuleniu gardła Xylocainą w aerozolu wprowadza się giętki aparat do gardła, przełyku, żołądka i dwunastnicy oceniając tą część przewodu pokarmowego i ewentualnie pobiera się wycinki do badania histopatologicznego lub wykonuje się zabieg terapeutyczny. W razie potrzeby podawane są leki uspokajające, rozkurczowe i przeciwbólowe.

6.MOŻLIWE POWIKŁANIA PO BADANIU: Możliwymi powikłaniami, które mogą się zdarzyć w związku z badaniem są:

- Przedziurawienie przewodu pokarmowego
- Krwawienie
- Zapalenie śródpiersia
- Zapalenie otrzewnej
- Zaburzenia rytmu serca
- Zaostrzenie choroby wieńcowej
- Zapaść krążeniowa
- Zachyłkowe zapalenie płuc

.....
Data

.....
Podpis i pieczętka lekarza udzielającego informacji

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA: GASTROSKOPIA

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA

Oświadczam, że zapoznałem/am wyczerpująco poinformowana o celu proponowanego badania , spodziewanych wynikach diagnostycznych , o ryzyku powikłań wykonania lub zaniechania wykonania badania , oraz osobiście przeczytałem/am informacje zawarte w powyższym formularzu. Zapoznałem/am się z wykazem możliwych powikłań.

ZROZUMIAŁAEM/AM WYJAŚNIENIA LEKARZA I NIE MAM WIECEJ PYTAŃ

WYRAŻAM ZGODE NA WYKONANIE : GASTROSKOPII
nazwa badania

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta