

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA/ZABIEGU: KOLONOSKOPIA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

PESEL.....

1. CELE ZABIEGU / BADANIA : Badanie umożliwia ocenę całego jelita grubego oraz w razie potrzeby końcowego odcinka jelita krętego. Podczas badania pobierany jest materiał do badania histopatologicznego, jeżeli jest taka potrzeba, oraz może być wykonana polipektomia, czyli usunięcie polipów z jelita grubego, 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 zabiegi terapeutyczne takie jak opanowanie krwawienia, niszczenie zmian angiodyplastycznych (nieprawidłowych poszerzeń naczyń), poszerzanie zwężeń.
2. WSKAZANIA DO ZABIEGU / BADANIA — podejrzenie zmian chorobowych w jelicie grubym oraz konieczność wykonania zabiegów terapeutycznych wymienionych w punkcie 1.
3. PRZECIWSKAZANIA DO ZABIEGU / BADANIA - przedziurawienie przewodu pokarmowego, piorunujące zapalenie jelita grubego, ostre ropne zapalenie uchyłków, tętniak aorty, niewydolność krążeniowo-oddechowa, brak współpracy ze strony pacjenta. Zaburzenia krzepnięcia są przeciwwskazaniem do zabiegów terapeutycznych.
4. PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO ZABIEGU / BADANIA– wykonanie badania wymaga wcześniejszego oczyszczenia jelita ze stolca. W tym celu dzień przed badaniem pacjent nie może spożywać posiłków oraz otrzymuje środki przeczyszczające z dużą ilością wody. W uzasadnionych sytuacjach stosuje się wlewki dojelitowe (lewatywy) oczyszczające, a czasami przygotowanie do badania przedłuża się o dwa dni.
5. PRZEBIEG ZABIEGU / BADANIA — Po znieczuleniu miejscowym Xylocainą kanału odbytu, do jelita wprowadza się giętki aparat endoskopowy, który stopniowo przeprowadza się przez poszczególne odcinki jelita oceniając je i ewentualnie pobiera się wycinki histopatologiczne lub wykonuje się zabieg terapeutyczny. W trakcie badania do jelita podawane jest powietrze mogące spowodować uczucie wzdęcia jamy brzusznej. W razie potrzeby podawane są dożylnie leki rozkurczowe, przeciwbólowe i uspokajające.
6. MOŻLIWE POWIKŁANIA po ZABIEGU/BADANIU :
 - Przedziurawienie przewodu pokarmowego
 - Krwawienia
 - Odczynowe zapalenie otrzewnej
 - Zaostrzenie choroby wieńcowej
 - Zaburzenia rytmu serca

.....

Data

.....

Podpis i pieczętka lekarza udzielającego informacji

ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA/ZABIEGU:KOLONOSKOPIA

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.

WYRAŻAM ZGODE NA WYKONANIE.....

nazwa badania

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta

**ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/A , ŻE W DNIU
BADANIA NIE MOGĘ PROWADZIĆ POJAZDÓW
MECHANICZNYCH.**

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta