

## Świadoma zgoda na wykonanie gastroskopii

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. Panendoskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą przełyk, żołądek i dwunastnicę. 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. Obecnie brak jest innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych.

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 o 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 i 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 jednorazowymi kleszczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

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% badań). 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 zaostrenie 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:

Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień i powstawania sińców nawet po małych urazach?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepliwość krwi?	TAK	NIE
Czy występowały u Pana/Pani objawy uczulenia na jakiegokolwiek środki lecznicze?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na oczy (jaskra)?	TAK	NIE

### Postępowanie po badaniu

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

### Zgoda na proponowaną procedurę medyczną

**Pan/Pani:**..... **PESEL:** .....

Zostałem / zostałam poinformowany/a o potrzebie wykonania powyższego badania/zabiegu endoskopowego, zasadach, celowości i sposobie przeprowadzenia oraz ewentualnych następstwach proponowanej procedury diagnostycznej i leczniczej. W przypadku powikłań lub stwierdzenia nowych okoliczności, których nie można było przewidzieć przed zabiegiem zgadzam się na rozszerzenie zakresu zabiegu zarówno metodami endoskopowymi jak i chirurgicznymi. Miałem możliwość zadania pytań lekarzowi, na które otrzymałem zadowalające odpowiedzi.

**Po zapoznaniu się z przedstawioną mi informacją dotyczącą zabiegu wyrażam zgodę na: wykonanie gastroskopii, biopsji i innych niezbędnych zabiegów:**.....

**Podpis pacjenta:**.....

Podpis lekarza udzielającego informacji: .....

Warszawa dnia : .....