

## ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE GASTROSKOPOWE

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**PESEL** ..... **Data badania** .....

### JAKI JEST CEL BADANIA

Na podstawie wykonanych do tej pory badań i wywiadu lekarskiego istnieje u Pani/a podejrzenie zmian chorobowych w zakresie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny wymienionych części przewodu pokarmowego. Dodatkowo w razie potrzeby istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori*, odpowiedzialnej za nawroty wrzodu lub też celem oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipa lub innych zmian. Ma to zasadnicze znaczenie dla wyboru późniejszych metod leczenia. Nie ma obecnie innego badania o jednakowych możliwościach diagnostycznych.

### PRZEBIEG BADANIA

Przed badaniem nie jemy i nie pijemy (6 godzin). Jeśli pacjent przyjmuje leki rozrzedzające krew (przeciwwkrzepowe) proszę poinformować o tym swojego lekarza prowadzącego i ewentualnie zmodyfikować ich dawkowanie celem bezpiecznego przeprowadzenia gastroskopii, w tym także endoskopii zabiegowej. Badanie jest przeprowadzane zwykle w pozycji leżącej na lewym boku, przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą lignokainy w aerozolu lekarz zakłada między szczęki plastikowy ustnik (celem ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej gardła fibroskop średnicy ok. 1 cm, prosząc jednocześnie o wykonanie ruchu połykowego. Ten moment może być nieprzyjemny i wywołać uczucie duszenia; wymaga współpracy z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zazwyczaj kilka minut, jest tylko nieco nieprzyjemne, ale w zasadzie bezbolesne. Aparat służący do badania jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem. Z tego powodu zainfekowanie chorego podczas badania jest praktycznie niemożliwe. Wycinki błony śluzowej pobiera się sterylnymi szczypczykami, co również zabezpiecza przed zakażeniem.

### MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania panendoskopii (gastroskopii) zdarzają się niezwykle rzadko. Niemniej, powodzenia tego badania, w tym również jego absolutnego bezpieczeństwa, nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz.

Wyjątkowo może się zdarzyć przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku w ok. 0,05 % badań). Niekiedy może dojść do krwawienia, szczególnie po pobraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają pilnego leczenia operacyjnego.

Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, jak zaostrzenie choroby wieńcowej, atak astmy lub padaczki, nawet zatrzymanie akcji serca.

Aby ograniczyć do minimum niebezpieczeństwo krwawienia oraz zmniejszyć ryzyko związane z podaniem środków znieczulających bądź anestetycznych prosimy o odpowiedzi na następujące pytania (właściwą odpowiedź proszę otoczyć kółkiem):

1. Czy istnieje u Pani/a zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź skłonność do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
2. Czy podobne objawy występowały u członków Państwa rodziny?	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
3. Czy przyjmuje Pan/i leki wpływające na krzepliwość krwi (aspiryna, acenokuramol, sintrom, warfin, acard, polocard, inne:.....?)	<b>TAK</b> <b>NIE</b>
4. Czy choruje Pan/Pani na choroby oczu (jaskra)?	<b>TAK</b> <b>NIE</b>

### POSTĘPOWANIE PO BADANIU

**Z powodu stosowania miejscowego znieczulenia gardła nie można jeść ani pić przez okres dwóch godzin po zabiegu, aby uniknąć zadławienia.** Proszę informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin po

badaniu będzie Pan/i odczuwać silny ból jamy brzusznej albo zaobserwuje czarny stolec. Również wystąpienie innych, niejasnych dla Pani/a objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeśli czegoś Pan/i nie zrozumiał/a, jeśli chcieliby Państwo wiedzieć coś więcej o tym badaniu, wymienionych powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym zabiegiem.

## **INFORMACJA O ENDOSKOPOWEJ POLIPEKTOMII:**

### **JAKI JEST CEL ZABIEGU**

Na podstawie wykonanych dotychczas badań stwierdzono u Pani/Pana istnienie małego/małych (do 1 cm) polipa/polipów przewodu pokarmowego bądź też istnieje prawdopodobieństwo, że polipy zostaną u Pani/Pana stwierdzone podczas zaplanowanej gastroskopii. W przypadku stwierdzenia polipa powyżej 1 cm – zabieg polipektomii powinien się odbyć w warunkach pobytu szpitalnego. Doniesienia naukowe jak i wieloletnie obserwacje potwierdzają, że polip jest to łagodny nowotwór, którego pozostawienie może spowodować powstanie raka. Profilaktyka polega na wykonaniu polipektomii, a więc zabiegu wycięcia polipa. Można to zrobić dwoma sposobami: 1) poprzez przecięcie powłok brzucha (operacja chirurgiczna), 2) z wykorzystaniem pętli endoskopowej podczas wykonywania endoskopii.

Istnieje minimalna możliwość wystąpienia powikłań operacyjnych, choć najczęściej nie wywołuje żadnych dolegliwości bólowych i nie wymaga stosowania znieczulenia ogólnego. Nie bez znaczenia jest również fakt braku blizny na skórze oraz powrót do normalnej aktywności życiowej bezpośrednio po zabiegu.

### **PRZEPROWADZENIE ZABIEGU**

Po odpowiednim przygotowaniu badanego odcinka przewodu pokarmowego, uwidocznieniu polipa i ocenie możliwości technicznych wykonania zabiegu, zarzuca się pętlę na szypułę polipa i przepala ją przepuszczając przez pętlę prąd elektryczny. Następnie wyjmuje się polipa i przesyła go do oceny histopatologicznej. Możliwe jest również stopniowe odcinanie polipa techniką "kęsową". Należy podkreślić, że zabiegi te są niebolesne. W niektórych przypadkach ze względów anatomicznych przy bardzo dużych rozmiarach polipa bądź przy grubej szypule nie udaje się wykonać polipektomii endoskopowej i należy wyciąć polipa metodą chirurgiczną.

### **MOŻLIWE POWIKŁANIA**

Powodzenia zabiegu, jak również jego pełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz. W czasie polipektomii może wystąpić obfite krwawienie z szypuły polipa, przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego bądź jej termiczne zranienie.

**Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi/pacjentce planowany sposób badania oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku badania.**

Podpis i pieczętka lekarza wykonującego badanie .....

### **OŚWIADCZENIE PACJENTA – ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE**

Oświadczam, że:

- zapoznałem się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w badania i zgadzam się na proponowane badanie gastroskopowe;
- zgadzam się również na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie (w tym m.in.: zabieg pobierania wycinków i zabieg polipektomii), jeżeli sytuacja by tego wymagała, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej;
- stwierdzam, że uzyskałam/em wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego badania i ewentualnych zabiegów.

Data ..... podpis pacjenta/ pacjentki/ opiekuna prawnego .....