

## ŚWIADOMA ZGODA NA USUNIĘCIE BALONU ŻOŁĄDKOWEGO INFORMACJA DLA PACJENTA

**Poniższa informacja ma na celu udzielenie odpowiedzi na ewentualne pytania pacjentów dotyczące zabiegu usunięcia balonu żołądkowego. Wszelkie inne pytania należy kierować do lekarza lub pielęgniarki bezpośrednio przed zabiegiem**

Usunięcie balonu z żołądka ma miejsce po sześciu miesiącach terapii. Zaleca się, by usunięcie balonu odbyło się w placówce, w której wykonywano zabieg. Co ważne, pacjent musi być świadomy pewnych wymagań dotyczących procedury. Na 24 godziny przed planowanym usunięciem balonu nie powinien spożywać żadnych pokarmów, a na 12 godzin także płynów. Ponadto pacjent powinien zapewnić sobie pomoc innych osób, które pomogą mu w powrocie do domu - ze względu na stosowane środki przeciwbólowe i uspakajające, nie powinno się prowadzić pojazdów w dniu zabiegu.

### Przebieg zabiegu

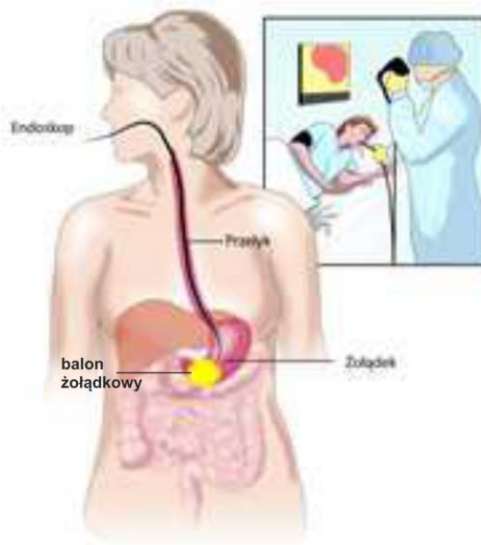
Proces usunięcia balonu z żołądka przebiega bardzo podobnie jak jego implantacja. Stosowane są środki przeciwbólowe i uspakajające, a lekarz przy pomocy gastroskopu poprzez jamę ustną dostaje się do żołądka, gdzie opróżnia balon z zawartości i go usuwa. Co ważne, po usunięciu balonu z żołądka pacjent powinien pozostać pod ścisłą kontrolą dietetyka, który pozwoli mu zachować, a nawet zwiększyć rezultaty terapii. Okres życia z balonem powinien być bowiem czasem pracy pacjenta nad sobą i swoim stylem życia. To głównie od niego będzie zależało czy i jak długo będzie się utrzymywał efekt leczenia otyłości balonem żołądkowym.

### Możliwe powikłania

Najpoważniejszym zagrożeniem jest ryzyko powstania perforacji (pęknięcia) ściany przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Jednak jest to powikłanie bardzo rzadkie (0,03%, 1 na 30000 zabiegów diagnostycznych). Z powodu miejscowego znieczulenia gardła i ryzyka zadławienia przez ok godzinę po badaniu nie wolno przyjmować pokarmów i płynów.

### Zalecenia po usunięciu balonu

Metoda ta nie jest zabiegiem okaleczającym, który zmieniałby anatomię żołądka. Dlatego też po usunięciu balonu kluczowe jest dalsze stosowanie prawidłowej diety oraz aktywność fizyczna w celu utrzymania uzyskanych rezultatów. Satysfakcja z efektów uzyskanych przy pomocy balonu żołądkowego powinna zachęcić do dalszego dbania o swoją sylwetkę i zdrowy tryb życia.



### Jak się przygotować do zabiegu

Na 24 godziny przed planowanym usunięciem balonu pacjent nie powinien spożywać żadnych pokarmów, a na 12 godzin także płynów. Przed zabiegiem nie należy palić papierosów ani żuć gumy. W razie przyjmowania leków na stałe można je połączyć, popijając niewielką ilością wody.

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

podpis i pieczęć lekarza

Słupsk, dnia .....

.....

## Świadoma zgoda pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na gastroskopię z usunięciem balonu żołądkowego

Nazwisko i Imię.....

PESEL.....

### Oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:

- Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem gastroskopii i usunięcia balonu żołądkowego, ich celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku zabiegu.
- Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę na proponowany zabieg.
- Wyrażam zgodę na ewentualne zmodyfikowanie przebiegu zabiegu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną

Aby ograniczyć do minimum ryzyko krwawienia i perforacji ściany przewodu pokarmowego prosimy o odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawienia, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, łatwe powstawanie siniaków?  
 TAK       NIE
2. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? (np. Acard, Xarelto, Pradaxa, Eliquis, Warfin, Acenokumarol)  
 TAK       NIE
3. Czy ma Pani/Pan dodatkowe pytania związane z planowanym badaniem?  
 TAK       NIE

Data ..... podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego .....

### Zgoda pacjenta na sedację do gastroskopii i usunięcia balonu żołądkowego

Sedacja polega na dożylnym podaniu leku uspokajającego (sedatywnego) którego działanie polega na zmniejszeniu napięcia oraz niepokoju, może również powodować senność.

Wyrażam zgodę na podanie sedacji do wykonania gastroskopii z usunięciem balonu żołądkowego. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przebiegu sedacji i możliwych powikłaniach. Decyzję o podaniu leków podejmuję samodzielnie i świadomie.

Data ..... podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego .....