|  |  |
| --- | --- |
|  | **Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o.**  **ZESPÓŁ LECZNICTWA AMBULATORYJNEGO**  **ZAKŁAD ENDOSKOPII**  **Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego**  08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26  tel. 25 6403284  REGON 141944750  NIP 8212577607  I-000000025128 V-11 VII - 047 VIII-7910 |

**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE GASTROFIBEROSKOPII**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię: | PESEL | Nr ks. Gł./Oddz. |
|  |  |  |
| Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego: | | |

Badanie, które Pani/ Panu proponujemy, wymaga wyrażenia przez Panią/ Pana pisemnej zgody. Aby ułatwić Pani/ Panu podjęcie decyzji prosimy o zapoznanie się z zawartymi poniżej informacjami   
na temat badania, jego znaczeniu leczniczym oraz ewentualnych możliwych powikłaniach.

**I.** **GASTROFIBEROSKOPIA**

Na podstawie przeprowadzonego dotychczas badania lekarskiego (oraz ewentualnie badań dodatkowych np.  rentgenowskich) istnieje u Pani/Pana podejrzenie choroby w obrębie przełyku, żołądka lub dwunastnicy. Gastrofiberoskopia (panendoskopia, EGD) jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną oceniającą górny odcinek przewodu pokarmowego. 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. Brak obecnie innego badania o podobnych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych.

**II. MOŻLIWE POWIKŁANIA**

Powikłania gastrofiberoskopii 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 gastrofiberoskopii terapeutycznej lub po pobraniu wycinków. Powikłania takie zwykle wymagają leczenia – przedziurawienie leczenia operacyjnego, a krwawienia wykonania ponownej gastrofiberoskopii   
lub niezwykle rzadko leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów, tj.: zaostrzenie 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:**

*Właściwą odpowiedź proszę otoczyć obwódką.*

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

Tak Nie

1. Czy podobne objawy występowały wśród członków Państwa rodziny?

Tak Nie

1. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, acenokumarol, warfaryna, Pradaxa, Xarelto, Clopidogrel, tiklopidyna itp.)?

Tak Nie

1. (dotyczy kobiet) Czy jest Pani w ciąży?

Tak Nie

**III. PRZYGOTOWANIE DO GASTROFIBEROSKOPII**

Zwykle jedynym przygotowaniem do badania jest pozostawanie na czczo (bez jedzenia i picia) przez około 6 godzin przed badaniem. Wyjątkiem jest konieczność przyjęcia leków – należy je popić możliwie najmniejszą ilością wody.

**IV. PRZEPROWADZENIE GASTROFIBEROSKOPII**

Badanie jest zwykle przeprowadzane w pozycji leżącej, na lewym boku. Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Po miejscowym znieczuleniu gardła, za pomocą lignokainy   
w aerozolu, wkłada się do ust plastikowy ustnik (w celu ochrony delikatnego instrumentu). Następnie wprowadza do jamy ustnej i gardła gastrofiberoskop o średnicy około 1cm. Moment ten może być nieprzyjemny i dawać uczucie duszenia i wymaga współpracy pacjenta z lekarzem wykonującym badanie. Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zwykle kilka minut. W niewielkim stopniu jest 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 sterylnymi szczypczykami,   
co również zabezpiecza przed zakażeniem.

**V. POSTĘPOWANIE PO GASTROFIBEROSKOPII**

Z powodu miejscowego znieczulenia gardła nie wolno przez 2 godziny po badaniu nic jeść ani pić, aby uniknąć zadławienia. Proszę także informować swojego lekarza, jeśli w ciągu kilku godzin będziecie Państwo odczuwać silne bóle jamy brzusznej, bądź zaobserwujecie czarny stolec. Również wystąpienie innych niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeżeli czegoś Państwo nie zrozumieliście lub chcecie wiedzieć więcej na temat badania, wymienionych powikłań bądź innych nurtujących problemach związanych z proponowanym badaniem.

**Uwaga:**

W przypadku podawania leków lub wykonania badania w znieczuleniu ogólnym, w dniu badania nie wolno prowadzić pojazdów mechanicznych, ani wykonywać zajęć wymagających koncentracji (np. obsługa maszyn i urządzeń). Konieczna jest opieka drugiej osoby przy powrocie do domu.

Po zabiegu endoskopowym bez znieczulenia ogólnego niewskazane jest prowadzenie pojazdów mechanicznych, bezpośrednio po jego wykonaniu.

**VI. NASTĘPSTWA ZANIECHANIA/ BRAKU ZGODY NA GASTROFIBEROSKOPIĘ**

Gastrofiberoskopia jest badaniem umożliwiającym ocenę wzrokową górnego odcinka przewodu pokarmowego, pobranie wycinków lub wykonanie zabiegów terapeutycznych (np. tamowanie krwawienia, polipektomia). Zaniechanie badania może utrudnić lub uniemożliwić postawienie rozpoznania, a w wybranych przypadkach (np. krwawienie do przewodu pokarmowego) może doprowadzić do znacznego utrudnienia lub wręcz uniemożliwienia leczenia.

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE LEKARZA UZYSKUJĄCEGO ŚWIADOMĄ ZGODĘ** |
| **Stwierdzam, że w sposób przystępny i zrozumiały przedstawiłem pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu pacjenta:**   1. szczegółowy opis procedury, jej celowość i oczekiwany wynik, a także potencjalne zagrożenia oraz powikłania typowe i rzadkie mogące wystąpić w wyniku proponowanej procedury, 2. alternatywne metody diagnostyki, 3. następstwa rezygnacji z proponowanego procedury, 4. ewentualną potrzebę zmodyfikowania sposobu procedury w niezbędnym zakresie zgodnie  z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku proponowanej procedury, 5. ewentualną sytuację konieczności przeniesienia pacjenta do innego oddziału zgodnie z decyzją lekarza operatora lub lekarza prowadzącego znieczulenie, jeśli wymagałby tego stan zdrowia pacjenta,   **Stwierdzam, że pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta uzyskał wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania w szczególności dotyczące:**   * rozpoznania, * proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych, * dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, * przewidywanych wyników procedury i możliwych powikłaniach, * rokowania, * postępowania pozabiegowego     …………………… ……..…………………………………………….…..…  Data, godzina Podpis oraz pieczątka lekarza uzyskującego świadomą zgodę |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA**  (niepotrzebne skreślić) **:** |
| W pełni świadomy oświadczam, że :   1. zapoznałem/-łam się ze szczegółowym opisem procedury, jej celowością i oczekiwanym wynikiem,  a także potencjalnymi zagrożeniami oraz powikłaniami typowymi i rzadkimi mogącymi wystąpić  w wyniku proponowanej procedury, 2. zostałem/-łam poinformowany/-na o alternatywnych metodach postępowania diagnostycznego, 3. poinformowano mnie również o następstwach rezygnacji z proponowanej procedury, 4. poinformowano mnie także o ewentualnej potrzebie zmodyfikowania sposobu procedury  w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w trakcie procedury, 5. stwierdzam, że przekazane mi informacje były przystępne, wyczerpujące i zrozumiałe. Rozumiem także, że otrzymane informacje, zwłaszcza o powikłaniach, mogą nie być wszystkimi możliwymi, które mogą mnie dotyczyć. 6. miałem możliwość zadawania pytań i otrzymania na nie wyczerpujących odpowiedzi.   Uwagi pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta co do proponowanej diagnostyki:  ………………………………………………………………………………………………………….............……...  ………………………………………………………………………………………………………………….……….  …………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego |

|  |
| --- |
| **WYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY \*** |
| W pełni świadomy/a **wyrażam zgodę** na **gastrofiberoskopię.**  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego  …………………… ………………………………………………  Data, godzina Podpis oraz pieczątka lekarza przyjmującego oświadczenie |

|  |
| --- |
| **NIEWYRAŻENIE ŚWIADOMEJ ZGODY \*** |
| Poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji dla zdrowia i życia w pełni świadomie  **nie wyrażam** zgody na **gastrofiberoskopię.**  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego  …………………… ………………………………………………  Data, godzina Podpis oraz pieczątka lekarza przyjmującego oświadczenie |

|  |
| --- |
| **COFNIĘCIE ŚWIADOMEJ ZGODY \*** |
| Poinformowany o ewentualnych skutkach mojej decyzji dla zdrowia i życia w pełni świadomie  **cofam zgodę** wyrażoną na **gastrofiberoskopię.**  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta/dziecka powyżej 16 r.ż  …………………… …..……………………………………………………………………  Data, godzina Czytelny podpis (imię i nazwisko) przedstawiciela ustawowego  …………………… ………………………………………………  Data, godzina Podpis oraz pieczątka lekarza przyjmującego oświadczenie |

**\* W przypadku braku możliwości podpisania przez pacjenta (właściwe zaznaczyć znakiem X):**

**□ wyrażenia świadomej zgody**

**□ niewyrażenia świadomej zgody**

**□ cofnięcia świadomej zgody**

**lekarz stwierdzający ten fakt zobowiązany jest odnotować powód odstąpienia od uzyskania podpisu w miejscu poniżej:**

…………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………..

Podpis oraz pieczątka lekarza stwierdzającego

brak możliwości podpisania pisemnej świadomej zgody