|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 KOLONOSKOPII**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 w ulotce informacjami na temat przeprowadzenia badania, jego znaczeniu leczniczym oraz ewentualnych możliwych powikłaniach.

**I. KOLONOSKOPIA**

Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadu lekarskiego podejrzewamy   
u Pani/Pana istnienie zmian chorobowych w obrębie jelita grubego. W celu dokładnego określenia tych zmian lub wykluczenia ich istnienia przed ewentualną terapią należy wykonać badania diagnostyczne. Zastosowanie techniki endoskopowej najczęściej nie wywołuje dolegliwości bólowych lub w przypadku ich wystąpienia dość szybko ustępują, a sama ocena jelita jest dokładna.

W większości przypadków nie wymaga znieczulenia ogólnego. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania diagnostycznego (kolonoskopia) z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (np.: wycięcie polipów), w razie wykrycia tego typu zmiany.

**II. MOŻLIWE POWIKŁANIA**

Powodzenia badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się jednak bardzo rzadko (0,35%). Należą do nich: przedziurawienie ściany przewodu pokarmowego (0,14-0,18%) i krwawienie (0,1%), które zwykle wymagają natychmiastowej operacji. Opisywane były także pojedyncze przypadki odruchowego zatrzymania akcji serca. Śmiertelność z powyższych powodów jest jeszcze rzadsza.

**Aby ograniczyć do minimum ryzyko związane z badaniem, prosimy o odpowiedź na następujące pytania:**

*Właściwą odpowiedź proszę otoczyć obwódką*

1. Czy kiedykolwiek miał(a) Pani/Pan wykonywanie operacje w obrębie jamy brzusznej  
   **TAK NIE**

Jeżeli tak to kiedy i jakie:

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 KOLONOSKOPII**

Badanie wykonuje się po odpowiednim przygotowaniu, polegającym na oczyszczeniu z resztek pokarmowych jelita, najczęściej za pomocą doustnie podawanych środków przeczyszczających, sporadycznie wspomaganych przez wlewy lub wlewki doodbytnicze. Przygotowanie rozpoczyna się   
w przeddzień zabiegu, kiedy chory musi powstrzymać się od jedzenia i picia innych płynów niż służące do oczyszczenia jelita. W rzadkich przypadkach, ze względu na stan ogólny pacjenta uniemożliwiający tego typu przygotowanie, czyszczenie jelita polega na kilkudniowej głodówce, połączonej z licznymi doodbytniczymi wlewami czyszczącymi.

**IV. PRZEPROWADZENIE KOLONOSKOPII**

Badane przeprowadza się zwykle w pozycji leżącej na lewym boku. W trakcie badania może zaistnieć konieczność zmiany pozycji pacjenta: ułożenia na plecach lub na prawym boku. Często zachodzi także konieczność uciśnięcia brzucha. Powyższe działania mają na celu poprawę ułożenia jelita i samego endoskopu w jelicie, co pozwala skrócić czas badania i zmniejszyć dolegliwości w jego trakcie. Samo badanie wykonywane jest przy zastosowaniu giętkiego kolonoskopu, który wprowadza się przez odbyt do jelita grubego.

Zabieg może być okresami bolesny: ewentualny ból trzeba odróżniać od stale występującego wzdęcia wynikającego z podawania powietrza do światła jelita dla jego pełnej oceny) należy zgłosić lekarzowi, a jego stałe utrzymywanie się może być wskazaniem do odstąpienia od dalszej oceny jelita.

Instrument służący do kolonoskopii jest specjalnie dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego też zainfekowanie jest praktycznie niemożliwe.

W razie stwierdzenia zmian patologicznych (np. polipów) pobiera się z nich wycinki do oceny histopatologicznej lub w miarę możliwości usuwa się je w całości. Służą do tego sterylne narzędzia,   
co również chroni przed zakażeniem.

**V. POSTĘPOWANIE PO KOLONOSKOPII**

W przypadku stosowania znieczulenia ogólnego nie wolno jeść ani pić przez okres 2 godzin po zabiegu. Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych dla Pani/Pana objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Proszę pytać, jeśli Państwo nie wszystko zrozumieliście, albo jeśli chcecie wiedzieć więcej   
o tym badaniu, wymienionych powikłaniach bądź innych nurtujących problemach związanych   
z proponowanym zabiegiem.

**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 KOLONOSKOPIĘ**

Kolonoskopia jest badaniem umożliwiającym ocenę wzrokową jelita grubego, 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 proponowanej 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 **wykonanie kolonoskopii.**  …………………… …..……………………………………………………………………  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 **kolonoskopię.**  …………………… …..……………………………………………………………………  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 **kolonoskopię.**  …………………… …..……………………………………………………………………  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