

ZGODA NA PANENDOSKOPIĘ (GASTROSKOPIĘ)

Badanie, które Pani/Panu proponujemy wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję, informujemy Panią/Pana o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Panendoscopia czyli endoscopia górnego odcinka przewodu pokarmowego, pozwala na obejrzenie przełyku, żołądka i dwunastnicy. Jest najskuteczniejszą metodą oceniającą tę część przewodu pokarmowego. W trakcie badania istnieje możliwość pobrania wycinków celem stwierdzenia obecności bakterii *Helicobacter pylori* lub pobrania wycinków do badania histopatologicznego w przypadku stwierdzenia wrzodu żołądka, polipów lub innych zmian.

Jak przeprowadza się badanie

Co najmniej 8 godzin przed badaniem nie powinno się jeść ani pić. Przed wykonaniem badania należy usunąć ewentualne protezy zębowe. Badanie przeprowadzane jest w pozycji leżącej na lewym boku. Po założeniu plastikowego ustnika, lekarz wprowadza giętki fiberoskop średnicy około 1 cm. Moment ten jest nieprzyjemny, daje uczucie dławienia, wymaga współpracy pacjenta z lekarzem. Dalsze oglądanie trwa zwykle kilka minut, jest bezbolesne, podobnie jak pobieranie wycinków. Każdy instrument po badaniu jest dezynfekowany. Do pobierania wycinków używamy sprzętu jednorazowego.

Możliwe powikłania

Powikłania panendoskopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednak absolutnego bezpieczeństwa nie jest w stanie zagwarantować żaden lekarz. Wyjątkowo rzadko może dojść do przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego lub krwawienia – ryzyko tego typu powikłań ocenia się na 0,007%.

Rzadko dochodzi do powikłań ze strony układu sercowo – naczyniowego i oddechowego u osób z przewlekłymi schorzeniami tych narządów.

Aby ograniczyć ryzyko związane z proponowanym badaniem prosimy o odpowiedź na następujące pytania (proszę podkreślić właściwą odpowiedź):

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień? | TAK | NIE |
| 2. Czy występowały u Pani/Pana objawy uczulenia na środki lecznicze lub znieczulające? | TAK | NIE |
| 3. Czy pobiera Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi | TAK | NIE |
| 4. Jeśli tak, to jakie i kiedy zostały odstawione | | |
| 5. Czy pobiera Pani/Pan leki na żołądek lub refluks (zgagę)? | TAK | NIE |
| 6. Czy w ciągu ostatniego miesiąca pobierała Pani/Pan antybiotyk? | TAK | NIE |
| 7. Czy miała Pani/Pan operacje przełyku, żołądka, dwunastnicy? | TAK | NIE |
| 7. Czy ma Pani/Pan sztuczne wyjmowane elementy uzębienia? | TAK | NIE |

Postępowanie po badaniu

W przypadku stosowania znieczulenia nie należy jeść i pić przez okres 2 godziny po zabiegu, w okresie bezpośrednio po znieczuleniu wskazana jest opieka drugiej osoby, nie wolno w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych. Wystąpienie po badaniu niejasnych objawów (utrzymujących się bólów brzucha, krwawienia) należy zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.

Prosimy pytać, jeśli coś jest dla Pani/ Pana niejasne.

Oświadczenie pacjenta:

Wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania oraz na ewentualne pobranie wycinków.

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....
Data i podpis