

Zgoda pacjenta na gastroskopię

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL / data urodzenia: ID Pacjenta:

Co to jest gastroskopia?

Gastroskopia jest to badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka i początkowego odcinka dwunastnicy). Jest jednym z najlepszych sposobów na zlokalizowanie zmian chorobowych, diagnostykę (pobranie fragmentu błony śluzowej do dalszych analiz) i leczenie.

Na czym polega gastroskopia

- Przed rozpoczęciem badania Pana/Pani gardło zostanie znieczulone Lignocainą w postaci aerozolu. Pozwoli to ograniczyć dyskomfort związany z wprowadzaniem endoskopu.
- Badanie będzie przeprowadzone w pozycji leżącej na lewym boku. Na początku będzie Pan/Pani poproszony/poproszona o przygięcie głowy oraz delikatne zaciśnięcie zębów na ustniku, przez który wprowadzany będzie endoskop. Endoskop (gastroskop) jest cienkim, giętkim i gładkim instrumentem o średnicy ok. 1,0 cm.
- Dzięki źródle o dużym natężeniu światła, specjalnemu układowi optycznemu oraz miniaturowej kamerze zainstalowanej w endoskopie możliwe jest dokładne uwidocznienie wewnętrznej powierzchni górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka, dwunastnicy). Z uwagi na to, że w trakcie badania do żołądka wprowadza powietrze, pojawić się może uczucie wzdęcia i odbijanie. Są to zjawiska normalne w trakcie badania i ustępują zaraz po jego zakończeniu.
- W trakcie gastroskopii może pojawić się potrzeba pobrania wycinków w celu oceny mikroskopowej w przypadku stwierdzenia np.: wrzodu żołądka, zmian zapalnych czy polipów, lub w celu diagnostyki zakażenia - bakterią *Helicobacter pylori*. Pobieranie takich wycinków jest niebolesne.
- Czas badania jest indywidualnie zmienny i wynosi 5-7 minut. W rzadkich przypadkach badanie trwa dłużej.

Po badaniu

- Wystąpienie jakichkolwiek niejasnych objawów należy niezwłocznie zgłosić pielęgniarce lub lekarzowi.
- Co najmniej przez 1 godzinę po badaniu nic nie jeść i nie pić.
- W przypadku pobrania wycinków z przełyku przez 2 godziny unikać gorących posiłków i płynów.

Przeciwwskazania do wykonania gastroskopii:

- ostry zespół wieńcowy,
- ostra lub ciężka przewlekła niewydolność serca,
- ostra niewydolność oddechowa,
- niewyrównane zaburzenia krzepnięcia krwi.

Możliwe powikłania po gastrokopii

Każda procedura medyczna, w tym gastroscopia, wiąże się z ryzykiem zdarzeń niepożądanych. Należy podkreślić, że występują one rzadko i w olbrzymiej większości mają łagodny charakter. Najpoważniejszymi z nich są:

- Perforacja (przeziurawienie) ściany przewodu pokarmowego, (zdarza się w około 0,05% badań) może wymagać natychmiastowego leczenia operacyjnego
- Krwawienie – w większości przypadków ustępuje samoistnie lub jest opanowywane metodą endoskopową, jednak niekiedy wymaga interwencji chirurgicznej.

Możliwe są również:

- Zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, nasilenie bólu w okolicy serca, zgon),
- Reakcje uczuleniowe na użyte środki znieczulające. (0,01%)
- Badanie należy do podstawowych metod diagnostyki gastroenterologicznej, a śmiertelność związana z przeprowadzonym badaniem jest niezwykle niska.

Informacje o alternatywnych metodach diagnostycznych

- Badanie należy do podstawowych metod diagnostyki gastroenterologicznej górnego odcinka przewodu pokarmowego. Obecnie nie ma innych metod mogących je zastąpić.

Kwestionariusz

1. Czy używa Pan/Pani protez stomatologicznych? Tak / Nie
2. Czy jest Pan/Pani na czczo? Tak / Nie
3. Czy ma Pan/Pani wszczepiony kardiowerter/defibrylator? Tak / Nie
4. Czy lekarz stwierdził kiedykolwiek u Pana/Pani alergię na leki?
Jakie:
5. Czy przyjmuje Pan/Pani leki zmniejszające krzepliwość krwi?
(np.: Acard, Polocard, Acenokumarol, Warfin; inne) Tak / Nie
Jakie:
6. Czy jest Pani w ciąży? Tak / Nie

Imię i nazwisko Pacjenta: PESEL / data urodzenia:

Oświadczenie pacjenta

Poniższym podpisem oświadczam, że:

- Zostałem/zostałam wyczerpująco i zrozumiale poinformowana/poinformowany o stanie mojego zdrowia i rozpoznaniu.
- Zapoznałem/zapoznałam się z opisem proponowanego badania, jego celem oraz zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o wskazaniach i przeciwwskazaniach do badania, możliwych powikłaniach oraz w razie ich wystąpienia o koniecznych do podjęcia działaniach w tym interwencji chirurgicznej.
- Zostałem/zostałam szczegółowo zaznajomiony/zaznajomiona z przebiegiem proponowanego badania, sposobem działania urządzenia, przewidywanym czasem zabiegu/badania.
- Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o ryzyku i możliwości wystąpienia w czasie badania, a zwłaszcza po jego zakończeniu premijających objawów bólowych (ból gardła, ból brzucha) mogących wymagać zastosowania leków przeciwbólowych.
- Uzyskałem/uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie zadane pytania i w pełni zrozumiałem/zrozumiałam przedstawione mi informacje.
- Zobowiązuję się do postępowania w sposób zgodny z zaleceniami lekarskimi dotyczącymi badania oraz postępowania po nim.
- **Oświadczenie niedotyczące Pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ:**
Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o tym, że w trakcie badania może wystąpić konieczność pobrania wycinków (które są niezbędne w procesie diagnostycznym) oraz usunięcia polipów, które zostaną stwierdzone w trakcie badania, a także wykonania testu w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori* - w razie potrzeby zobowiązuję się pokryć koszty tej procedury, niniejszym upoważniam LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do wystawienia faktury bez mojego podpisu na kwotę związaną z w/w diagnostyką.

Wyrażam zgodę na wykonanie gastrokopii*

Tak / Nie

Wyrażam zgodę na pobranie wycinków*

Tak / Nie

*właściwe zakresi

.....
Data i czytelny podpis - imię i nazwisko Pacjenta /przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego

.....
W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r. ż. dodatkowo czytelny podpis - imię i nazwisko opiekuna prawnego/ ustawowego Pacjenta

Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że poinformowałam/em Pacjenta o planowanym badaniu/zabiegu, przedstawiłam/em informacje dotyczące badania i zabiegu, opisałam/em cel wykonania oraz sposób w jaki jest wykonywany a także sposób przygotowania i postępowania po badaniu/zabiegu a także przedstawiłam/em alternatywne możliwości. Przedstawiłam/em także przeciwwskazania, możliwe powikłania oraz ryzyka wynikające z badania/zabiegu. Umożliwiłam/em Pacjentowi zadawanie pytań i udzieliłam/em wszelkich potrzebnych informacji. Zapoznałem się z kwestionariuszem uzupełnionych przez pacjenta i nie stwierdzam przeciwwskazań do wykonania badania endoskopowego.

.....
(miejscowość, data, godzina)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Administratorem danych osobowych jest LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) ul. Szturmowa 2 (dalej jako: „Spółka”). Dane przetwarzane są na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Dostęp do danych posiadac będą podmioty wspierające Spółkę w przeprowadzeniu jej codziennej działalności, pracujące w imieniu i na jej rachunek, w tym dostawcy zaopatrujący Spółkę w niezbędne rozwiązania techniczne i organizacyjne (m.in. systemy informatyczne, doradztwo prawne). W razie pytań lub potrzeby dodatkowych informacji prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych pod adresem: daneosobowe@luxmed.pl. Informacja o przysługujących prawach oraz pouczenie o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego znajduje się na stronie internetowej: www.luxmed.pl oraz w każdej z placówek medycznych Spółki.