.os. Na Skarpie 66 31-913 Kraków **tel. 12 644-01-44, 12 622-97-00**
kancelaria@zeromski-szpital.pl

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ ŚWIADOMA ZGODA NA ZABIEG

Kolonoskopia diagnostyczna i zabiegowa

(nazwa zabiegu/procedury medycznej)

Imię i nazwisko Pacjenta: .....PESEL/Data **urodzenia**.....
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:..... .....

I. Nazwa procedury medycznej lub zabiegu -

Kolonoskopia diagnostyczna i zabiegowa

II. Opis przebiegu proponowanej procedury

Kolonoskopia to badanie umożliwiające dokładne obejrzenie błony śluzowej całego jelita grubego i jest aktualnie najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić ten fragment przewodu pokarmowego. Jelito musi być dokładnie wyczyszczone według zaleceń podanych przez lekarza. W przypadku nieodpowiedniego przygotowania jelita kolonoskopia może być niedokładna i niebezpieczna. W trakcie przygotowania jelita zażywane leki mogą być przyjmowane ale należy poinformować lekarza o rodzaju przyjmowanych leków, zwłaszcza takich jak: aspiryna, acard, leki przeciwkrzepliwe, insulina, niesterydowe leki przeciwkrzepliwe. Badanie polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez odbyt do odbytnicy, a następnie pozostałych odcinków jelita grubego. Celem dokładnego obejrzenia błony śluzowej pompowane jest powietrze do jelita powodujące jego rozciągnięcie co może wywoływać uczucie rozpierania, wzdęcia. Mogą wystąpić dolegliwości bólowe związane z uciskiem aparatu na ścianę jelita i pociąganie krezki jelita o czym każdorazowo należy poinformować lekarza badającego. W trakcie badania nie należy wstrzymywać gazów. Utrzymywanie się dolegliwości bólowych mimo czynności zmierzających do jego ustąpienia może być wskazaniem do przerwania badania. Jeżeli w trakcie badania lekarz zauważa podejrzaną zmianę pobiera wycinki do badania histopatologicznego aby określić jej charakter (zmiana nowotworowa, nienowotworowa). Możliwe jest w trakcie kolonoskopii wykonanie różnych zabiegów leczniczych używając specjalnych narzędzi endoskopowych co niejednokrotnie pozwala uniknąć leczenia operacyjnego: 1. usunięcie polipów. Jeżeli polipów jest dużo może być konieczne wykonanie kilku zabiegów endoskopowych, duże polipy niemożliwe do endoskopowego usunięcia leczy się operacyjnie. 2. tamowanie krwawień. Miejsca krwawienia zidentyfikowane podczas badania ostrzykuje się środkami obliterującymi, koaguluje lub zakłada się klipsy metalowe na krwawiące naczynia. 3. udrażnianie zwężeń nienowotworowych: poprzez mechaniczne poszerzanie miejsca zwężenia, nacięcie miejsca zwężenia w granicach bezpieczeństwa, wprowadzenie protezy udrażniającej. 4. udrażnianie zwężeń nowotworowych: niszczenie tkanki nowotworowej sondą argonową, wprowadzenie protezy udrażniającej.
Badanie wykonuje się w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anestezjolog.

III. Opis innych dostępnych metod leczenia

Innymi badaniami w pewnym stopniu alternatywnymi są badania radiologiczne z wlewem środka kontrastowego do światła jelita grubego oraz tomografia komputerowa. Są one badaniami uzupełniającymi i nie mogą zastąpić badania endoskopowego. Innym badaniem pozwalającym ocenić światło jelita grubego jest kapsułka endoskopowa, która nie pozwala na pobranie materiału do badania histopatologicznego ani na przeprowadzenie zabiegów wewnątrz jelita.

IV. Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Jako metoda inwazyjna obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań. Ryzyko zwiększa się u osób z zaawansowanymi zmianami zapalnymi, uchyłkami, choroba nowotworową.
1.Krwawienie – w większości wypadków nie wymaga leczenia operacyjnego.
2. Perforacja przewodu pokarmowego- najczęściej wymaga leczenia operacyjnego.
3. Mechaniczne uszkodzenie błony śluzowej,
4. Reakcja na podawane leki.
5.powikłania ze strony układu oddechowego lu sercowo-naczyniowego.

V. Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(Miejsce w formularzu do Indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się pacjentem).....
.....

W przypadku pacjentów w podeszłym wieku lub obciążonych internistycznie (tj. np.; cukrzyca, niewydolność nerek, niewydolność serca, choroby serca, choroby układu oddechowego) wzrasta ryzyko powikłań oraz zgonu.

VI. Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po badaniu mogą być odczuwalne wzdęcia, bóle spowodowane wprowadzonym do jelita powietrzem podczas badania. Dolegliwości mijają po oddaniu wiatrów. Po badaniu i ustąpieniu ewentualnych dolegliwości można zjeść posiłek i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po znieczuleniu ogólnym pacjent pozostaje w obserwacji anestezjologicznej /1-2 godziny/ i nie może w tym dniu prowadzić pojazdów mechanicznych.

VIII Oświadczenie pacjenta / przedstawiciela ustawowego pacjenta /opiekuna prawnego pacjenta.

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam, co następuje:

1) Zostałem(am) poinformowany(a) przez lekarza ..... o istocie choroby i możliwościach jej leczenia

2) W pełni zrozumiałam/łem informacje zawarte w tym formularzu.

3) Zgadzam się na przeprowadzenie operacji ....., której założenia, cele, stopień ryzyka z nią związany, możliwości powikłań z niej wynikających zostały mi przedstawione w sposób dla mnie zrozumiały. Zostały mi także przedstawione inne niż leczenie operacyjne metody zwalczania tej choroby. Wyjaśniono mi także, że w czasie przeprowadzania planowanej operacji mogą zaistnieć trudne do przewidzenia sytuacje, które zmuszają lekarza operującego do zmiany planu operacyjnego w sensie poszerzenia lub ograniczenia zakresu operacji, jednak tylko w zakresie wymaganym przez rzeczywisty stan mojego zdrowia, wynikających z zaawansowania procesu chorobowego stwierdzanego w polu operacyjnym. O fakcie tym zostanę poinformowany po zabiegu.

4) Zapewniam, iż przekazałem wszystkie i prawdziwe informacje o przebytych, leczonych i nieleczonych dolegliwościach, schorzeniach i chorobach, przyjmowanych lekach, wiadomych mi uczuleniach i alergiach, o zabiegach i operacjach, którym zostałem poddany/a w przeszłości oraz o dolegliwościach, schorzeniach i chorobach członków mojej najbliższej rodziny.

5) Potwierdzam i zapewniam, że składam niniejsze oświadczenie świadomie i swobodnie tak, co do powzięcia decyzji, jak i wyrażenia woli, nie będąc wprowadzonym w błąd przez kogokolwiek, nie działając pod wpływem błędu wywołanego przez kogokolwiek oraz że nie wyzyskano przy składaniu tego oświadczenia mego stanu zdrowia, położenia, niedołęstwa lub niedoświadczenia.

6) Zgadzam się / nie zgadzam się (*) na dopuszczenie do obserwacji zabiegu wykonywanego na mnie osób szkolących się oraz na dokonywanie dokumentacji fotograficznej i/lub video.

7) W czasie rozmowy z lekarzem uzyskałem(am) odpowiedź na wszystkie zadane przeze mnie pytania, które dotyczyły stanu zdrowia, możliwych do zastosowania w moim przypadku metod leczenia, także zachowawczego, oraz postępowania w okresie pooperacyjnym.

8) Zostałem(am) również poinformowany(a), że mogę opuścić szpital po uprzednim wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego. W przypadku wypisu ze szpitala na własne żądanie, oświadczam, że nie będę rościł(a) pretensji, w razie pojawienia się powikłań będących następstwem zbyt wczesnego opuszczenia szpitala.

9)Ewentualne uwagi Pacjenta

.....

Kraków, dnia .....

Czytelny podpis – pełne imię i nazwisko pacjenta/_przedstawiciela ustawowego pacjenta /opiekuna prawnego pacjenta.

.....

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłem szczegółowo pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji. Przedstawiłem też pacjentowi możliwe alternatywne metody leczenia.

....

Kraków, dnia Czytelny podpis – pełne imię i nazwisko lekarza