

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

Pieczętka oddziału/ poradni	<b>Nazwisko i imię pacjenta</b> ..... PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Numer historii choroby <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------	---

Badanie, które Pani/Panu proponujemy, wymaga Pani/Pana zgody. Aby ułatwić tę decyzję informujemy w tej ulotce oraz w ewentualnej rozmowie wyjaśniającej o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowego badania.

**DLACZEGO PROPONUJEMY TO BADANIE?**

Na podstawie wykonanych dotychczas badań i wywiadów lekarskich podejrzewamy u Pani/Pana istnienie zmian górnego odcinka przewodu pokarmowego – przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą badania ww. odcinków przewodu pokarmowego, dokładniejsza niż badanie radiologiczne. W znacznym też stopniu eliminuje możliwość pominięcia zmian chorobowych. Nie bez znaczenia jest możliwość kojarzenia badania endoskopowego z ewentualnym równoczesnym zabiegiem terapeutycznym (jakim jest np. usunięcie polipów) oraz pobraniem wycinków, np. do badania histopatologicznego i/lub dla oceny obecności bakterii *Helicobacter pylorii*. Nie ma obecnie innego badania o jednakowych możliwościach diagnostycznych.

**PRZEBIEG BADANIA**

Badanie wykonuje się w pozycji leżącej na lewym boku, po uprzednim znieczuleniu ściany gardła roztworem lignokainy, wyjęciu protez zębowych i założeniu ustnika, chroniącego zarówno zęby jak i instrument.

Przez ustnik wprowadza się giętki wziernik (gastroskop), który następnie przesuwają się przez jamę ustną, po ścianie gardła do przełyku, żołądka i dwunastnicy.

Wprowadzenie i wyprowadzenie aparatu należą do najbardziej nieprzyjemnych fragmentów badania. Moment wprowadzania aparatu może wiązać się z przemijającym uczuciem duszenia lub krztuszenia się, które można w znacznej mierze złagodzić poprzez wcześniejsze znieczulenie ściany gardła oraz koordynację ruchów oddechowych (nadzorowaną przez lekarza).

Oglądanie wnętrza przewodu pokarmowego trwa zazwyczaj kilka minut, może być dłuższe w przypadku stwierdzenia zmian, wymagających wykonania dodatkowych zabiegów - pobrania wycinków, tamowania krwawienia.

Pobranie wycinków i ewentualne, inne zabiegi endoskopowe są bezbolesne, podobnie jak sama gastroskopia. W trakcie badania można doświadczać uczucia rozpierania, odbijania, może wystąpić odruch wymiotny – te objawy także można kontrolować, skupiając się na fazie oddechu. Instrument służący do gastroskopii jest każdorazowo dezynfekowany, dlatego też uważa się, że zainfekowanie w trakcie gastroskopii jest praktycznie niemożliwe. Do pobierania wycinków służą sterylne szczypczyki, co również chroni przed zakażeniem.

## MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania gastrokopii zdarzają się niezwykle rzadko. Jednak powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Wyjątkowo zdarza się przedziurawienie (perforacja) ściany przewodu pokarmowego (zwłaszcza przełyku w około 0,55% badań). Niekiedy, zwłaszcza po pobraniu wycinków, może dojść do wystąpienia krwawienia, które w zdecydowanej większości przypadków w krótkim czasie zatrzymuje się samoistnie. Powikłania takie zwykle wymagają pilnych, dodatkowych zabiegów endoskopowych lub leczenia operacyjnego. Bardzo rzadko dochodzi do objawów ze strony innych układów i narządów jak ból wieńcowy, zaburzenia rytmu serca, skurcz oskrzeli. Opisywano pojedyncze przypadki zatrzymania czynności serca w trakcie lub po gastrokopii.

**Aby ograniczyć do minimum ryzyko krwawienia i możliwe powikłania prosimy o odpowiedź na następujące pytania:**

1.	Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstania sińców po niewielkich urazach mechanicznych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2.	Czy takie objawy występowały wśród członków Pani/Pana rodziny?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3.	Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi (np. aspiryna, tiklopidyna, klopidogrel, acenokumarol, warfaryna itp.)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4.	Czy ma Pani/Pan dodatkowe pytania związane z proponowanym badaniem?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

Uzyskałem/uzyskałam wystarczające informacje dotyczące proponowanego badania.

<b>Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie gastrokopii,</b> jak również na ewentualne konieczne w tym wypadku dodatkowe zabiegi (np. pobranie wycinków),		
..... <i>Data</i>	..... <i>pieczętka i podpis lekarza</i>	..... <i>podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna</i>

<b>Nie wyrażam zgody na wykonanie u mnie gastrokopii.</b> Zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.		
..... <i>Data</i>	..... <i>pieczętka i podpis lekarza</i>	..... <i>podpis pacjenta albo uprawnionego opiekuna</i>

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu .....

.....