

ANKIETA PRZED BADANIEM i ZABIEGIEM ENDOSKOPOWYM:

Proszę o wypełnienie ankiety dotyczącej stanu zdrowia, uczuleń i przyjmowanych leków – proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź, a w wybranych miejscach wpisać odpowiednie dane:

Imię i nazwisko: PESEL:

Czy przechodził Pan/Pani zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej? – TAK/NIE

- jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

Czy ma Pan/Pani uczulenia na leki lub inne substancje, w tym środki kontrastowe – TAK/ NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić na jakie:

Czy dotychczas występowała zła tolerancja znieczulenia, uczulenie/alergia na podane leki, lub zła tolerancja badań wcześniej wykonywanych albo powikłania podczas zabiegów? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jakie i kiedy:

Czy były stwierdzane hemoroidy, guzki krwawnicze odbytu lub szczeliny odbytu lub przetoki okołododbytnicze? – TAK/NIE

Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, np. po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów? – TAK/NIE

Czy przyjmuje Pan leki przeciwkrzepliwe („rozrzedzające krew”), – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić które: Acard, Polocard, Acenokumarol, Sintrom, Warfin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Plavix, Agregex, Areplex, Clopidogrel, Clopidix, Carder, Trombex, Zyllt, Vixam, Plavicorin, Pegorel, Grepid, Effient, Brilinta, Brilique, Ticlid, Aclotin, Apo-Clodin, Iclopid, Ifapidin, inne (proszę wpisać nazwę)

Proszę wymienić przyjmowane pozostałe leki:

Czy ma Pan/Pani stwierdzone zakażenie wirusami wirusowego zapalenia wątroby typu B, C (tzw. żółtaczkę zakaźną) HIV, inne zakażenia? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić które:

Czy ma Pan/Pani stwierdzoną chorobę układu oddechowego, np. astmę, POCHP, inną? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wpisać jaką:.....

Czy ma Pan/Pani stwierdzoną chorobę serca lub układu krążenia (sercowo-naczyniowego), np. nadciśnienie tętnicze, przebyty zawał serca, migotanie przedsionków, przebyty udar mózgu, żylaki kończyn dolnych? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jaką:.....

Czy ma Pan/Pani stwierdzone jakiegokolwiek choroby układu nerwowego, np. padaczka, przebyty udar mózgu? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jaką:.....

Czy ma Pan/Pani cukrzycę lub jaskrę – TAK/NIE – jeżeli tak, proszę zaznaczyć którą.

Czy występują choroby nerek, niewydolność nerek lub trudności z oddawaniem moczu? – TAK/NIE – jeżeli tak, proszę wymienić jaką:.....

Czy ma Pan/Pani jakieś metalowe elementy w ciele (np. protezy lub zespolenia metalowe, śruby, rozrusznik serca, kolczyki, piercing) ? – TAK/NIE

– jeżeli tak, proszę wymienić jaką i gdzie:.....

Pytanie dla kobiet: Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani? – TAK/NIE

Data, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego wypełniającego ankietę

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE LUB ZABIEG ENDOSKOPOWY - Kolonoskopia / Sigmoidoskopia / Polipektomia.

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pisemnymi informacjami o kolonoskopii / sigmoidoskopii / polipektomii, zawierającymi między innymi opis badania/zabiegu endoskopowego oraz powikłania jakie w związku z nim mogą wystąpić. Informacje te zrozumiałem/am. Zapoznałem/am się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i wskazaniem oraz potencjalnymi zagrożeniami, w tym powikłaniami i niedogodnościami oraz następstwami związanymi z proponowanym postępowaniem (m. in. wzdęcie i ból brzucha, uczucie pełności w brzuchu, mechaniczne uszkodzenie śluzówki, krwawienie, perforacja przewodu pokarmowego, reakcje uczuleniowe na podane środki, w tym znieczulające, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, niedotlenienie, duszność, zachłyśnięcie, zasłabnięcie, omdlenie, zapaść, napad padaczkowy, zatrzymanie krążenia, zgon, zakażenie, uszkodzenie skóry), które mogą wystąpić podczas i po badaniu i zgadzam się na proponowane badanie i leczenie endoskopowe.

W dniu dzisiejszym przeprowadzono ze mną rozmowę, podczas której poinformowano mnie wyczerpująco o planowanym wobec mnie badaniu kolonoskopii / sigmoidoskopii / polipektomii, i ewentualnym leczeniu endoskopowym. Miałem/am możliwość zadania pytań i udzielono mi odpowiedzi na nie. Poinformowano mnie dostatecznie o możliwościach ewentualnego wyboru alternatywnego świadczenia zdrowotnego. Wyjaśniono mi również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane badanie. Poinformowano mnie również o możliwości zaistnienia powodów medycznych jak i technicznych wynikających ze stwierdzonego w trakcie badania stanu zaawansowania procesu chorobowego lub anatomii, które mogą zmusić lekarza badającego do jego przerwania lub zmiany postępowania, jak również odstąpienia od jego wykonywania. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie postępowania, w tym wykonanie zabiegu endoskopowego oraz podanie podczas badania niezbędnych środków leczniczych, jeśli sytuacja by tego wymagała, a także na użycie podczas badania barwników do lepszego obrazowania błony śluzowej. Zgadzam się na ewentualne przeniesienie mnie do szpitala na oddział leczenia stacjonarnego w razie zaistnienia takiej potrzeby lub powikłań, zgodnie z decyzją lekarza badającego lub anestezjologa.

Udzieliłem/am lekarzowi prawdziwych i najdokładniejszych informacji odnośnie mojego stanu zdrowia. Uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania, informacje te i wyjaśnienia zrozumiałem/am i świadomie przyjmuję do wiadomości.

Ewentualne uwagi pacjenta

Wyrażam świadomie zgodę na kolonoskopię / sigmoidoskopię / polipektomię, przyjmuję ryzyka związane z badaniem i proszę o przeprowadzenie badania/zabiegu endoskopowego.

Data, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

OŚWIADCZENIE LEKARZA ENDOSKOPISTY:

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób badania/leczenia endoskopowego, jak również alternatywne możliwości leczenia oraz poinformowałem pacjenta o możliwych powikłaniach i zagrożeniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku zabiegu.

Data i podpis lekarza endoskopisty

DODATKOWO DLA BADAŃ W ZNIECZULENIU DOŻYLNYM (płytką lub głęboką sedacją):

Wyrażam zgodę się na podanie znieczulenia i wykonanie badania/zabiegu w sedacji płytkiej/głębokiej..

Data, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

OŚWIADCZENIE LEKARZA PRZEPROWADZAJĄCEGO ZNIECZULENIE (anestezjologa lub

endoskopisty): Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób znieczulenia oraz poinformowałem pacjenta o możliwych powikłaniach i zagrożeniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku podania leków znieczulających.

Data i podpis lekarza przeprowadzającego znieczulenie.....