



# ALLMEDICA

## OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z INFORMACJĄ O BADANIU i ZABIEGU ENDOSKOPOWYM – GASTROSKOPIA (PANENDOSKOPIA):

Pełna informacja dotycząca badania dostępna jest na stronie internetowej [www.allmedica.pl](http://www.allmedica.pl) oraz w rejestracji.

### Wskazania do gastroskopii (panendoskopii):

Gastroskopia (panendoskopia) jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą ocenić przełyk, żołądek, oraz część dwunastnicy. Celem badania i korzyścią z jego wykonania jest diagnostyka chorób przewodu pokarmowego. Wskazania do gastroskopii diagnostycznej obejmują: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha, podejrzenie chorób przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, obecność krwi w stolcu, podejrzenie chorób zapalnych jelit, celiakii, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych leczonych, osób ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu (długotrwała choroba refluksowa, Przełyk Barretta), ocena obecności żylaków przełyku, a także nadzór w wybranych chorobach przewodu pokarmowego i inne uznane za istotne przez lekarza kierującego na badanie.

### Opis przebiegu badania:

Gastroskopia (panendoskopia) jest wykonywana zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu (endoskopu) przez usta (lub nos) do przełyku, a następnie żołądka i dwunastnicy. Zwykle w ustach pacjent ma założony ustnik, przez który wprowadza się endoskop. Przed badaniem należy usunąć ewentualne protezy zębowe. **Endoskopu nie wolno wyjmować samodzielnie** – może tego dokonać tylko badający lekarz. Dzięki kamerze umieszczonej na końcu endoskopu obraz można obserwować na ekranie monitora. Podczas badania pompowany jest gaz do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia ścian narządów, co może być połączone z uczuciem wzdęcia. Badanie pozwala na ocenę błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy - można dodatkowo zastosować barwniki do lepszej oceny zmian w przełyku lub żołądka, za pomocą specjalnych kleszczyków pobrać wycinki błony śluzowej do badania histopatologicznego lub oceny obecności *Helicobacter pylori*, usunąć polipy, jeżeli są do tego wskazania. Następnie następuje powolne wycofywanie aparatu.

### Możliwe powikłania, objawy i ryzyko związane z gastroskopią (panendoskopią):

Gastroskopia jest badaniem inwazyjnym, obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań i niedogodności:

- często obserwuje się nudności podczas badania, odruch wymiotny, kaszel, uczucie pełności w brzuchu, bolesność w klatce piersiowej, ból brzucha podczas i po badaniu.
- często po podaniu środka znieczulającego miejscowo może wystąpić uczucie goryczy, niesmaku, przejściowe zaburzenie połykania.
- rzadziej zdarzyć się mogą uczulenie/reakcja nadwrażliwości lub działania niepożądane podawanych leków, mechaniczne uszkodzenie śluzówki - częstość występowania poniżej 1%.
- krwawienie - częstość występowania poniżej 0,1% w badaniach diagnostycznych, do 1,5% po zabiegach endoskopowych - w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego, ale w pewnych sytuacjach może takiego wymagać (wówczas pacjent musi zostać przewieziony do szpitala).
- perforacja przewodu pokarmowego – częstość występowania poniżej 0,1 % w badaniach diagnostycznych - najczęściej perforacja wymaga leczenia operacyjnego w warunkach szpitalnych.
- powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego, niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie krążenia, na skutek pobudzenia nerwu błędnego - omdlenie, zasłabnięcie, napad padaczkowy, ból w klatce piersiowej, duszność, niedotlenienie, zachłyśnięcie, które czasami może prowadzić do zapalenia płuc – częstość poniżej 1 %
- istnieje niewielkie ryzyko przeniesienia zakażenia, choć endoskopy są starannie i zgodnie z procedurami dezynfekowane. Bardzo rzadko się może zdarzyć uszkodzenie zębów.
- podczas badań w znieczuleniu dożylnym (płytkiej sedacji lub głębokiej sedacji) istnieje większe ryzyko wystąpienia powikłań: spowolnienia oddychania, zaburzeń oddechowych, spadków ciśnienia krwi i zaburzeń krążenia, powikłań sercowo-naczyniowych, czy też z objawami uczulenia na leki znieczulające lub ich złej tolerancji.

[www.allmedica.pl](http://www.allmedica.pl)

+48 18 265 74 88



# ALLMEDICA

- wykonywanie gastroskopii przerosowej wiąże się z ryzykiem uszkodzenia struktur nosa i okolicznych,
- wykonywanie polipektomii wiąże się także z większym ryzykiem perforacji i krwawienia.

W razie wystąpienia powikłań mogą zostać podjęte działania mające na celu leczenie, na przykład w przypadku krwawienia mogą zostać użyte sposoby tamowania krwawienia z założeniem klipsów hemostatycznych, podaniem leków do ściany przewodu pokarmowego lub płynów dożylnych, tlenoterapii, w razie konieczności zabiegi reanimacyjne lub przewiezienie pacjenta do szpitala.

**Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją o badaniu, w tym z pełną treścią informacji zamieszczonej na stronie internetowej [www.allmedica.pl](http://www.allmedica.pl).**

Data, godzina, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego:

.....

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

Czy przyjmuje Pan/Pani 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, Plavicornin, 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: .....

[www.allmedica.pl](http://www.allmedica.pl)

+48 18 265 74 88



# ALLMEDICA

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 - Gastroskopia (Panendoskopia)/Polipektomia**

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z pisemnymi informacjami o gastroskopii (panendoskopii)/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 wskazaniami oraz potencjalnymi zagrożeniami, w tym powikłaniami i niedogodnościami oraz następstwami związanymi z proponowanym postępowaniem (m. in. ból brzucha i ból w klatce piersiowej, kaszel, uczucie pełności w brzuchu, nudności, uczucie niesmaku w ustach, trudności z połykaniem, mechaniczne uszkodzenie śluzówki, krwawienie, perforacja przewodu pokarmowego, reakcje uczuleniowe na podane środki, w tym znieczulające, zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, niedotlenienie, duszność, zachłyśnięcie, zapalenie płuc, omdlenie, zasłabnięcie, zapaść, zatrzymanie krążenia, zgon, napad padaczkowy, zakażenie, uszkodzenie zębów i 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 gastroskopii/panendoskopii/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

[www.allmedica.pl](http://www.allmedica.pl)

+48 18 265 74 88



# ALLMEDICA

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 gastroskopię (panendoskopię)/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.....

[www.allmedica.pl](http://www.allmedica.pl)

+48 18 265 74 88