



QD/CH/04

Opoczno, dnia

ZGODA NA GASTROSKOPIĘ (PANENDOSKOPIĘ) DIAGNOSTYCZNĄ I ZABIEGOWĄ

| | |
|---|--|
| Data zabiegu | |
| Wykonujący zabieg | |
| Imię i nazwisko pacjenta | |
| PESEL/ data urodzenia pacjenta | |
| Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego <i>(jeżeli dotyczy)</i> | |

Wskazania do wykonania gastrokopii/ panendoskopii

Wskazania do gastrokopii diagnostycznej: zaburzenia połykania, wymioty, bóle brzucha przy podejrzeniu choroby organicznej, choroby wrzodowej, nowotworowej, podejrzeniu uszkodzeń polekowych błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy, anemia, krwawienie do przewodu pokarmowego, kontrola wyników leczenia zachowawczego i operacyjnego, badanie kontrolne u chorych ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu, choroba refluksowa, przełyk Barretta, niedokrwistość żłaziwa, inne uznane za istotne przez lekarza prowadzącego. Wskazania do gastrokopii zabiegowej: usuwanie ciał obcych, leczenie żylaków przełyku, udrażnianie zwężeń, usuwanie zmian patologicznych/ polipów, niektórych zmian nowotworowych.

Opis przebiegu proponowanej procedury medycznej lub operacji

Gastroskopia (panendoskopia) jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną pozwalającą dokładnie ocenić przełyk, żołądek, oraz znaczną część dwunastnicy. Badanie wykonywane jest zazwyczaj w pozycji leżącej na lewym boku i polega na wprowadzeniu giętkiego instrumentu przez usta lub nos do przełyku, a następnie żołądka i dwunastnicy. Podczas badania pompowane jest powietrze do przewodu pokarmowego celem jego rozprężenia i lepszego uwidocznienia. Badanie pozwala na dokładną ocenę błony śluzowej górnego odcinka przewodu pokarmowego, widoczne są zmiany chorobowe błony śluzowej. Podczas badania ocenia się również elastyczność oraz ruchomość ścian przełyku, żołądka i dwunastnicy, fałdy, widoczność naczyń krwionośnych, czynność perystaltyczną, zwraca się uwagę na rodzaj i ilość treści płynnej. Gastroskopia diagnostyczna należy do badań bezpiecznych i dlatego może być wykonywana zarówno w warunkach szpitalnych, jak również ambulatoryjnie. Najczęściej celem badania jest diagnostyka (rozpoznawanie) chorób przewodu pokarmowego, między innymi: żylaków, uchyłków, zmian zapalnych, choroby wrzodowej, chorób bakteryjnych i grzybiczych, zmian spowodowanych działaniem czynników chemicznych, diagnostyka i wykluczenie zmian nowotworowych, ustalenie miejsca krwawienia, pobranie wycinków do badania histopatologicznego pozwala na dokładne rozpoznanie zmian patologicznych. Różnorodność narzędzi endoskopowych umożliwia wykonanie pewnych zabiegów, takich jak: 1. leczenie żylaków przełyku poprzez ich ostrzykiwanie środkami obliterującymi, klejami tkankowymi czy zakładaniem opasek gumowych, 2. usuwanie ciał obcych, 3. usuwanie polipów i zmian płaskich, 4. udrażnianie zwężeń nowotworowych i nienowotworowych poprzez mechaniczne poszerzenie, niszczenie tkank patologicznych sondą argonową lub laserem, wprowadzenie protez udrażniających, 5. zamykanie przetok, 6. zakładanie przetok odżywczych co pozwala na uniknięcie leczenia operacyjnego. Badanie diagnostyczne wykonywane jest w trybie ambulatoryjnym, gastroscopia z wykonaniem zabiegu endoskopowego zazwyczaj wymaga hospitalizacji. Badanie wykonuje się zazwyczaj w znieczuleniu miejscowym gardła lub jeżeli są wskazania w znieczuleniu ogólnym. O rodzaju znieczulenia ogólnego do przeprowadzenia opisanego zabiegu endoskopowego, jego przebiegu i możliwych zagrożeniach z nim związanych poinformuje Państwa lekarz anesteziolog.

Opis innych dostępnych metod leczenia

Badania alternatywne do gastrokopii: badanie radiologiczne z kontrastem, endoskopia kapsułkowa, tomografia komputerowa. Badania te nie pozwalają na precyzyjną i dokładną ocenę badanych narządów, na pobranie materiału do badania histopatologicznego, nie pozwalają też na wykonanie zabiegów endoskopowych.

Opis powikłań standardowych związanych z proponowaną procedurą medyczną lub operacją

Gastroskopia jest badaniem bezpiecznym jeżeli wykonywana jest przez doświadczonego endoskopistę. Jako metoda inwazyjna obarczona jest możliwością wystąpienia powikłań: 1. perforacja przewodu pokarmowego - częstość występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych do 17% po zabiegach endoskopowych - najczęściej wymaga leczenia operacyjnego, 2. krwawienie - częstość występowania poniżej 1% w badaniach diagnostycznych, 1-1,5% po zabiegach endoskopowych, w większości przypadków nie wymaga leczenia operacyjnego, 3. Mechaniczne uszkodzenie śluzówki - częstość występowania poniżej 1% - leczenie zachowawcze, 4. Reakcja na podawane leki - częstość występowania poniżej 1%, 5. Powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego - częstość występowania poniżej 1%.

Opis zwiększonego ryzyka powikłań w związku ze stanem zdrowia pacjenta

(miejsce w formularzu do indywidualnego wypełnienia przez lekarza opiekującego się Pacjentem)

.....
.....

Opis prognozy pooperacyjnej i powikłań odległych

Po gastroskopii może występować wzdęcie, uczucie pełności i dyskomfort w jamie brzusznej - objawy ustępują samodzielnie po oddaniu wiatrów. Pacjent może spożywać posiłki i powrócić do normalnej aktywności życiowej. Po zabiegach endoskopowych konieczna może być hospitalizacja a jej okres zależy od wykonanego zabiegu (zazwyczaj 24-48 godzin).

Opis możliwych następstw rezygnacji z proponowanego leczenia

Brak możliwości przeprowadzenia precyzyjnej diagnostyki i wdrożenia leczenia przyczynowego, zachowawczego lub operacyjnego.

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią niniejszego formularza oraz zostałam/-em poinformowana/-y o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałam/-em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałam/-em na nie odpowiedź.

Jeżeli macie Państwo jeszcze jakieś pytania dotyczące proponowanego leczenia prosimy o ich wpisanie poniżej:

.....
.....
.....

.....
.....
.....

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie proponowanej operacji.

.....
.....
.....

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

lub

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanej operacji.

.....
.....
.....

czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

**UZASADNIENIE PRZEZ PACJENTA/ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* ODMOWY WYRAŻENIA ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE PROPONOWANEJ PROCEDURY MEDYCZNEJ/ ZABIEGU**

.....
.....
.....

.....
czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłam/-em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób.

.....
czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego*

.....
podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg

Legenda:

* - niepotrzebne skreślić

☐ - wstaw znak „X” we właściwym miejscu

