

GASTROSKOPIA

Informacja dla pacjenta

Formularz Świadomej Zgody na Zabieg Diagnostyczny lub Terapeutyczny Stwarzający Podwyższone Ryzyko dla Pacjenta

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL: _ _ _ _ _

NUMER HISTORII CHOROBY:

Każda procedura medyczna musi być poprzedzona świadomą zgodą pacjenta, poinformowanego o wskazaniach, przeciwwskazaniach, zaletach jak i ryzyku związanym z badaniem / zabiegiem.

Niniejsza informacja ma przybliżyć Pani/Panu wszelkie informacje dotyczące w/w badania.

Jeżeli mimo to będzie mieć Pani/Pan jakiegokolwiek wątpliwości lub pytania proszę je zadać lekarzowi podczas rozmowy bezpośrednio przed badaniem.

Wskazania:

Gastroskopia jest badaniem polegającym na oglądaniu wnętrza górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka i dwunastnicy) za pomocą elastycznego endoskopu wprowadzanego przez usta. Metoda ta pozwala na pobieranie próbek tkanki (biopsji) celem wykonania dodatkowych badań (np. test ureazowy w kierunku *Helicobacter Pylori*, badanie histopatologiczne). Możliwe jest również leczenie niektórych chorób bez konieczności zabiegu chirurgicznego np. podwiązanie żylaków przełyku, usunięcie polipów, tamowanie krwawień.

Podstawowymi wskazaniami do gastroskopii są:

- bóle nadbrzusza, zgaga, odbijania utrzymujące się lub nawracające mimo leczenia,
- bóle w klatce piersiowej po wykluczeniu przyczyn kardiologicznych
- trudności w połykaniu,
- nawracające nudności i wymioty,
- podejrzenie krwawienia do przewodu pokarmowego
- nieuzasadniony spadek masy ciała,
- diagnostyka niedokrwistości (anemii)
- jako badanie kontrolne u osób z rozpoznaną chorobą wrzodową żołądka/dwunastnicy,
- kontrola po przebytych krwawieniu do przewodu pokarmowego / perforacji przewodu pokarmowego,
- okresowa kontrola u chorych z przełykiem Barretta, żylakami przełyku, marskością wątroby, po zabiegach resekcyjnych żołądka,

Przygotowanie:

Przed gastroskopią, chory powinien nic nie jeść przez co najmniej 6h i nie pić min 3 h. Dzięki temu badany odcinek przewodu pokarmowego będzie wolny od resztek jedzenia co zapewni bezpieczne i dokładne badanie. Nie dotyczy to leków przyjmowanych na stałe. Należy je przyjąć o zwykłej porze popijając niewielką ilością niegazowanej wody.

Każde badanie poprzedzone jest rozmową z lekarzem, podczas której należy poinformować o zażywanych lekach, uczuleniach lub wynikach innych badań. **Jeżeli w przeszłości miała Pani / Pan wykonane jakiegokolwiek badania endoskopowe, prosimy o zabranie ich wyników ze sobą.** Pozwoli to na porównanie przebiegu ewentualnych chorób przewodu pokarmowego.

Ze względów bezpieczeństwa pacjenta, bezpośrednio przed badaniem należy usunąć wszelkie ruchome protezy zębowe i zdjąć okulary.

Przebieg badania:

Badanie jest wykonywane w pozycji leżącej na lewym boku. W trakcie całego badania pacjent trzyma w ustach specjalny ustnik, przez który jest wprowadzany endoskop. Kamera na końcu aparatu pozwala oglądać wewnątrz oglądanych narządów oraz dokumentować obrazy w postaci zdjęć. Jeżeli zachodzi taka konieczność przez endoskop wprowadzane są specjalne narzędzia w celu pobrania wycinków lub wykonania innych zabiegów (usunięcie polipów, oznaczenie „tatuazem endoskopowym”, opanowanie miejsca krwawienia)

Jeżeli badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym, bezpośrednio przed rozpoczęciem gardło zostaje znieczulone roztworem lignokainy. Powoduje to zniesienie nieprzyjemnych odruchów. W trakcie całego badania pacjent powinien głęboko spokojnie oddychać powstrzymując się od polykania śliny. Dzięki temu badanie przebiega bezboleśnie a pacjent odczuwa jedynie uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem wdmuchiwanym do żołądka.

Podczas badania w znieczuleniu dożylnym (analgosedacji) chory śpi przez cały czas trwania gastrokopii i nie odczuwa żadnych nieprzyjemności.

Po badaniu:

Po gastrokopii przez krótki czas może pozostać dyskomfort w gardle, który ustępuje samoistnie. Uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem w żołądku również ustępuje w przeciągu kilku godzin.

Po ustąpieniu znieczulenia pacjent może normalnie przyjmować posiłki i wrócić do zwykłej aktywności.

Jeżeli badanie przeprowadzone było w nieczuleniu dożylnym, pacjent nie powinien w tym dniu prowadzić samochodu i/lub obsługiwać maszyn, a powrót do domu powinien odbywać się pod opieką osoby towarzyszącej.

Możliwe powikłania:

Powikłania po gastrokopii zdarzają się wyjątkowo rzadko (ok. 0,08%) i najczęściej ustępują samoistnie nie wymagając żadnego leczenia. Zaliczamy do nich:

- krwawienie z miejsca pobranych wycinków, (0,1%)
- drobne uszkodzenia śluzówki
- perforacja przewodu pokarmowego (mniej niż 0,03%)

Inne powikłania to np:

- reakcja alergiczna na leki,
- objawy kardiologiczne (zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe)
- zaostrzenie astmy oskrzelowej

Jeżeli kilka godzin po badaniu utrzymują się silne dolegliwości bólowe brzucha, bóle nasilają się, obwód brzucha narasta, pojawiła się gorączka lub wymioty, należy pilnie skontaktować się z lekarzem.

JEŻELI PRZEDSTAWIONE WYŻEJ INFORMACJE SĄ DLA PANI/PANA NIEWYSTARCZAJĄCE
PROSIMY O ZADAWANIE PYTAŃ LEKARZOWI PRZED ROZPOCZĘCIEM BADANIA

OŚWIADCZENIE

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób dla mnie zrozumiały i niebudzący żadnych wątpliwości. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat dających się przewidzieć następstw zastosowania wspomnianego wyżej badania albo ewentualnych skutków jego zaniechania w przypadku mojego schorzenia. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym badaniem.

(data i czytelny podpis pacjenta)

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie GASTROSKOPII

(data i czytelny podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na wykonanie wszystkich dodatkowych procedur, które zgodnie z aktualną wiedzą medyczną powinny zostać wykonane podczas badania/zabiegu

(data i czytelny podpis pacjenta)

Jeżeli z jakiegoś powodu nie wyraża Pani/Pan na to zgody proszę zaznaczenie tego w załączonej ankiecie i poinformowanie o tym lekarza przed rozpoczęciem badania

(data)

(pieczętka i podpis lekarza)

UWAGA:

** W przypadku osób do 16-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. W przypadku osób w wieku od 16-go roku życia do 18-go roku życia zgodę wyraża i podpisuje przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny oraz pacjent*