

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA KOLONOSKOPIĘ

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

**Kolonoskopia** jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbytnicę do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz, jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze znalezionych tam zmian. W wypadku stwierdzenia krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów należy je usunąć za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie badania istnieje możliwość podania drogą dożylną środków przeciwbólowych i/lub uspokajających. **W trakcie kolonoskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej rzadko możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:**

- perforacja jelita
- zapalenie otrzewnej
- krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej ( np. po usunięciu polipów)
- omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawany każdorazowo dezynfekcji i/lub sterylizacji, nie można całkowicie wykluczyć możliwości zarażenia wirusami zapalenia wątroby (m.in. HBV i HCV) lub innymi drobnoustrojami
- część z ww. powikłań może wymagać operacyjnego otwarcia jamy brzusznej lub klatki piersiowej, przetoczenia krwi i osocza oraz intensywnej resuscytacji krążeniowo- oddechowej
- niekiedy wystąpić mogą powikłania, których nie sposób przewidzieć, np. reakcja uczuleniowa na lek znieczulający lub środki dezynfekcyjne (od wysypki skórnej, swędzenia, po wstrząs anafilaktyczny)
- ponieważ część z tych powikłań jest poważna to mogą się one, wyjątkowo rzadko, zakończyć zgonem.

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5.12.1996 r., (tj. DzU 2008 r., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć

następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania badania.

W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.

**Zachowanie po zabiegu:**

Jeżeli po badaniu stwierdzą Państwo silne bóle brzucha, gorączkę, zauważą krwawienie z odbytu prosimy zgłosić się do lekarza.

Poinformowany(a) o możliwości, wystąpienia powyższych powikłań, po uzyskaniu odpowiedzi na zadane lekarzowi pytania, wyrażam świadomą zgodę na kolonoskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z jelita grubego do badania mikroskopowego (histopatologicznego), a także na endoskopowe usunięcie polipów, jeśli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Wyrażam także zgodę na poniesienie dodatkowych kosztów z tym związanych. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie. Wyrażam także zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków przeciwbólowych oraz uspokajających. W razie wystąpienia podczas zabiegu powikłań wymagających leczenia operacyjnego wyrażam zgodę na przetransporowanie mnie do placówki państwowej opieki zdrowotnej w celu dalszego leczenia.

Warszawa, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Data i godzina

\_\_\_\_\_ podpis Lekarza

\_\_\_\_\_ podpis Pacjenta