INFORMACJA DLA PACJENTA – ENDOSKOPIA KAPSUŁKOWA Formularz Zgody Pacjenta na wykonanie badania – endoskopia kapsułkowa.

Pacjent(ka)
(imię i nazwisko)_____ PESEL_____

Endoskopia kapsułkowa jelita cienkiego jest procedurą medyczną umożliwiającą wizualizację wnętrza jelita cienkiego w celu diagnozowania i leczenia nieprawidłowości. Badanie wykonywane jest przy użyciu kapsułki CapsoVision wyposażonej w cztery miniaturowe kamery, które wykonują zdjęcia wewnętrznych ścianek przewodu pokarmowego. Kapsułka ma wymiary zbliżone do dużej tabletki i daje się łatwo połknąć. Kapsułka podczas przechodzenia przez przewód pokarmowy wykonuje tysiące zdjęć. To pozwoli lekarzowi uzyskać obraz jelita cienkiego, który jest niemożliwy do uzyskania przy użyciu tradycyjnych technik endoskopowych. Podczas trwania badania można oddawać się normalnym, codziennym czynnościom. Po przejściu kapsułki przez przewód pokarmowy, lekarz pobierze obrazy z kapsułki i będzie mógł je przeglądać przy użyciu specjalistycznego oprogramowania komputerowego.

WSKAZANIA DO WYKONYWANIA BADANIA:

W niektórych przewlekłych chorobach przewodu pokarmowego metoda ta pozwala ocenić jak duża część jelita cienkiego zajęta jest przez stan chorobowy oraz pomaga monitorować efekty leczenia. Można też użyć kapsułkę do uzyskania danych dotyczących motoryki przewodu pokarmowego takie jak czas przejścia przez żołądek lub jelito cienkie. Kapsułka endoskopowa jest wydajnym narzędziem diagnostycznym u pacjentów, u których podejrzewa się choroby jelita cienkiego z obecnością objawów takich jak przewlekła biegunka, niewyjaśnione bóle brzucha, utrata masy ciała, niedokrwistość z niedoboru żelaza i utajone krwawienie z przewodu pokarmowego. Kapsułkę stosuje się również w podejrzeniu choroby nowotworowej jelita cienkiego.

PRZECIWWSKAZANIA DO BADANIA:

• W przypadku, gdy podejrzewa się obecność zwężenia lub przetok w obrębie przewodu pokarmowego (na podstawie obrazu klinicznego i wcześniej wykonanych badań).
•W przypadkach, gdy pacjent ma zaburzenia połykania
• Ciąża.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

Przed badaniem: Pacjent jest przygotowywany do tego badania jak do kolonoskopii (preparatem fortrans lub citrafleet)
Podczas badania :

- Podczas badania można wykonywać typowe codzienne czynności.
- W trakcie badania kapsułką endoskopową nie wolno poddawać się badaniu rezonansem magnetycznym gdyż mogłoby to spowodować uszkodzenia przewodu pokarmowego a w skrajnych przypadkach perforację (przebicie) jelita

- Pacjent unika podczas badania intensywnych ćwiczeń
- Pacjent nie je i nie pije nic oprócz wody – przez 12 godzin (minimum 8 godzin) Pacjent pije wodę niegazowaną (najlepiej szklanka na godzinę).

OPIS BADANIA:
Pacjent połyka kapsułkę i popija wodą w ilości pół litra. Kapsułka wydalana jest w sposób naturalny z organizmu. Pacjent otrzymuje specjalny zestaw do odzyskania kapsułki. Kapsułkę po odzyskaniu dostarcza do Przychodni Lekarskiej MediSpace.

MOŻLIWE POWIKŁANIA
Powodzenia badania, jak również jego zupełnego bezpieczeństwa nie może zagwarantować żaden lekarz. Jakkolwiek powikłania są możliwe, ale zdarzają się bardzo rzadko. Możliwe są powikłania związane są z niedrożnością przewodu pokarmowego. Jeśli w czasie badania pojawi się gorączka, trudności z połykaniem lub gdy będzie się nasilać ból brzucha lub klatki piersiowej – należy zgłosić ten fakt telefonicznie do rejestracji Przychodni Lekarskiej MediSpace.

JAK NALEŻY ZACHOWYWAĆ SIĘ PO ZABIEGU?
Badanie nie wymaga żadnego specjalnego postępowania po jego zakończeniu.

ZGODA PACJENTA na wykonanie badania kapsułka endoskopowa

Ja ..... wyrażam dobrowolną zgodę na badanie kapsułką endoskopową. Zostałem wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o przebiegu badania, jak również możliwych powikłaniach i korzyściach wykonywanych procedur medycznych.

Oświadczam, że:
• Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem badania, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia, rozumiem ww. informacje i akceptuję je;
• Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu badania w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego;
• Stwierdzam, że uzyskałem/ -am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanego badania.

Warszawa, _____, _____ _____
Data i godzina podpis Pacjenta