

INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA ZABIEG IMPLANTACJI BALONU ŻOŁĄDKOWEGO

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) _____

PESEL _____

Zabieg implantacji balonu żołądkowego przeprowadzany jest w analgesedacji, tj. krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym. Procedura trwa zazwyczaj 15-20 minut i po krótkiej obserwacji pacjent jest wypisywany do domu.

Pusty balon połączony z systemem implantacyjnym wprowadza się przez usta pod kontrolą endoskopu do żołądka, po czym napełnia się go roztworem soli fizjologicznej z dodatkiem barwnika (błękitu metylenowego) do objętości 450 – 700 ml. Następnie usuwa się system wprowadzający po potwierdzeniu odpowiedniego umiejscowienia balonu, endoskop.

Błękitny barwnik dodawany jest w celu wykrycia ewentualnej nieszczelności balonu. Zdarza się to niezwykle rzadko, jednak, jeżeli nieszczelność się pojawi, pacjent zauważy zmianę zabarwienia moczu na zielonkawy. Koniecznym należy wtedy zgłosić się do lekarza prowadzącego.

Balon sam w sobie nie leczy otyłości. Jest on jedynie elementem wspomagającym kontrolę masy ciała oraz ułatwiającym rozpoczęcie nowego, zdrowego stylu życia. Dla pełnego sukcesu i osiągnięcia satysfakcjonującej masy ciała niezbędna jest współpraca Pacjenta z Lekarzem oraz wdrożenie zdrowych nawyków żywieniowych oraz regularnego wysiłku fizycznego. **Powikłania związane z obecnością balonu żołądkowego są niezmiernie rzadkie. W trakcie zabiegu pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:**

- Przedłużające się nudności i/lub wymioty
- Biegunki, zaparcia
- Wysoka niedrożność przewodu pokarmowego
- Odwodnienie
- Refluks żołądkowo-przełykowy
- Owrzodzenie żołądka
- Perforacja żołądka
- Pęknięcie/nieszczelność balonu
- Krwawienie do przewodu pokarmowego
- Mechaniczne uszkodzenie śluzówki przewodu pokarmowego

- Działania niepożądane podawanych leków
- Powikłania ze strony układu oddechowego lub sercowo-naczyniowego

Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry 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.

Aby zmniejszyć ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania (prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi):

- Ostatni raz jadł/a Pan/Pani _____ godzin temu.
- Ostatni raz pił/a Pan/Pani _____ godzin temu. Co Pan/Pani pił/a? _____
- Czy był/a Pan/Pani dotychczas operowana/y (prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przebyte operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego)? TAK/NIE Jeśli tak, to proszę podać z jakiego powodu? _____
- Czy stwierdzono u Pana/Pani poważną chorobę nerek, wątroby lub płuc? Jeśli tak, proszę opisać szczegóły _____
- Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów? TAK/NIE
- Czy zaobserwował/a Pan/Pani skłonność do łatwego powstawania "siniaków" na skórze? TAK/NIE
- Czy boryka się Pan/Pani z procesami zapalnymi przewodu pokarmowego, włączając zapalenie przełyku, owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy, nowotwór, nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit? _____
- Czy stwierdzono u Pana/Pani obecność ognisk potencjalnego krwawienia z przewodu pokarmowego (np. żylaki przełyku)? TAK/NIE
- Czy występuje u Pana/Pani duża (> 5 cm) przepuklina rozworu przełykowego przepony? TAK/NIE
- Czy stwierdzono u Pana/Pani wady anatomiczne i inne anomalie przewodu pokarmowego (np. zwężenia, uchyłki przełyku) TAK/NIE
- Czy jest Pan/Pani uczulony/a na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? TAK/NIE
- Czy ma Pan/Pani wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę? TAK/NIE
- Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE/ NIE DOTYCZY
- Czy karmi Pani piersią? TAK/NIE/ NIE DOTYCZY
- Czy jest Pan/Pani leczony/a z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)? TAK/NIE
- Czy przyjmuje Pan/Pani leki wpływające na krzepkość krwi (np. aspiryna, acenocumarol, sintrom, plavix...). TAK/NIE Jeżeli tak, to jakie? _____
- Czy jest Pan/Pani leczony/a z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)? TAK/NIE

- Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę? TAK/NIE Jeżeli tak, proszę podać nazwy i dawki przyjmowanych leków _____

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

Zachowanie po zabiegu:

Przez pierwsze kilka dni po zabiegu pacjent może odczuwać dyskomfort oraz objawy takie jak uczucie pełności w nadbrzuszu, nudności, wymioty, wzdęcia. Są to typowe dolegliwości, które po kilku dniach, w momencie gdy żołądek przyzwyczai się do obecności balonu, ustępują, a do tego czasu z powodzeniem poddają się kontroli farmakologicznej.

Ważne: po zabiegu pacjent może wrócić do domu **jedynie** pod opieką osoby towarzyszącej. Zabieg nie powoduje dłuższego wyłączenia z aktywności zawodowej, może się jednak okazać, że w pierwszych kilku dniach po założeniu balonu pacjent będzie wymagał zwolnienia lekarskiego z uwagi na mogące występować w tym okresie nudności i wymioty. Warto także przed zabiegiem zaaranżować opiekę dla dzieci na okres okołozabiegowy.

W przypadku balona implementowanego na rok po upływie 6 miesięcy z uwagi na bezpieczeństwo Pacjenta należy wykonać kontrolną gastroscopię, której koszt pokrywa Pacjent.

Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem(łam) się z treścią niniejszego formularza oraz zostałem(łam) poinformowany(na) przez Lekarza prowadzącego o proponowanym rodzaju leczenia. Oświadczam, iż miałem(łam) możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem(łam) na nie odpowiedź. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego i badania nie zataiłem(łam) istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób. W związku z powyższymi oświadczeniami wyrażam dobrowolną zgodę na zabieg implantacji balonu żołądkowego. 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 uspokajających i/lub przeciwbólowych. Wyrażam także zgodę na ewentualne podanie dożylnie środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

Warszawa, _____,
Data i godzina

podpis Pacjenta

podpis Lekarza