

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

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) _____

PESEL _____

Procedura usunięcia balonu przebiega podobnie jak jego założenie. Również jest wykonywana w analgesodacji (krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym) i trwa kilkanaście minut, a balon, po jego opróżnieniu z płynu, pod kontrolą endoskopu i przy użyciu odpowiedniego oprzyrządowania jest usuwany przez usta.

Aby zmniejszyć ryzyko 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? _____

Zabieg założenia balonu żołądkowego wykonałem w _____ w dniu _____.
nazwa Przychodni

Oświadczam, że informacje ze zgody na zabieg implantacji balonu żołądkowego udzielonej w Przychodni Lekarskiej MediSpace w dniu _____ są/nie są aktualne.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania tylko w przypadku, gdy zabieg implantacji balonu był wykonywany w innej przychodni niż MediSpace lub odpowiedzi na poniższe pytania byłyby inne niż udzielone podczas procedury implantacji balonu. Jeśli ma Pan/Pani wątpliwości prosimy zwrócić się o pomoc do lekarza prowadzącego.

Czy był/a Pan/Pani dotychczas operowana/y (prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przebyte operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego)? TAK/NIE Jeśli tak, proszę opisać szczegółły _____

Czy stwierdzono u Pana/Pani poważną chorobę nerek, wątroby lub płuc? Jeśli tak, proszę opisać szczegółły _____

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. żyłki 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 „rozsusznik” 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 (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie)? 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:

Po zabiegu pacjent może wrócić do domu **jedynie** pod opieką osoby towarzyszącej. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarny stolec.

Zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o:

przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu

technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu

technice i sposobie znieczulenia do zabiegu

typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu znieczulenia

pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu

Jestem świadom(a), że 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.

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.

Warszawa, _____,
Data i godzina

podpis Pacjenta

podpis Lekarza