

## INFORMACJA DLA PACJENTA FORMULARZ ZGODY NA FIBEROSIGMOIDOSKOPIĘ

Pacjent(ka) \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

**Fiberosigmoidoskopia** jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (kolonoskopu) przez odbyt do odbytnicy, a następnie do esicy i wstępnicy (badanie w odróżnieniu od kolonoskopii daje możliwość oceny tylko lewej części okrężnicy). Celem badania 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 fiberosigmoidoskopii 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 dentyisty 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.

**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 istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień po zranieniach lub usunięciu zębów? TAK/NIE
  - Czy zaobserwował/a Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania "siniaków" na skórze? TAK/NIE
  - Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, lekarstwa, jodynę? TAK/NIE
  - Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę? TAK/NIE
  - Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE/NIE DOTYCZY
  - Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc ( np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)? TAK/NIE
  - Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepkość krwi { np. aspiryna, acenocumarol, sintroma, plavix...). TAK/NIE Jeżeli tak, to jakie?
- 
- Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych ( np. jaskra, epilepsja)? TAK/NIE
  - Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y? TAK/NIE Jeśli tak, to proszę podać z jakiego powodu?
- 

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 zgodę na **fiberosigmoidoskopię** 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 służby zdrowia w celu dalszego leczenia.

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

Data i godzina

podpis Lekarza

podpis Pacjenta