

## INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

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

PESEL \_\_\_\_\_

**Gastroskopia** jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnego wziernika (gastroskopu) przez jamę ustną do przełyku, a następnie do żołądka i dalej do dwunastnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje potrzeba – pobranie wycinków do badania mikroskopowego ze znalezionych tam zmian. W wypadku krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia polipów, może się okazać koniecznym ich usunięcie za pomocą pętli diatermicznej. W trakcie gastroskopii istnieje możliwość podania dożylnych środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

**W trakcie gastroskopii pomimo zachowania zasad sztuki medycznej możliwe jest wystąpienie następujących powikłań:**

perforacja (przedziurawienie) przełyku, odma i zapalenie  
śródpiersia perforacja żołądka lub dwunastnicy, zapalenie otrzewnej

krwotok z przewodu pokarmowego

omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego (np. niewydolność krążeniowo- oddechowa)

możliwość wymiotów i zachłyśnięcia się treścią z żołądka następstwem którego może być zachłystowe zapalenie płuc

choć 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.

### **Częstotliwość występowania powyżej opisanych powikłań\*:**

- powikłania sercowe: 1/2000 badań
- powikłania oddechowe: 1/4000 badań -
- perforacja/krwawienie: 1/15000 badań

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 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,sintrom,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:**

Z powodu znieczulenia gardła prosimy przez dwie godziny po zabiegu nic nie jeść i nie pić. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwują Państwo czarny stolec.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z przełyku, żołądka lub dwunastnicy do badania histopatologicznego, a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli 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 uspokajających i/lub przeciwbólowych.

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

Data i godzina

podpis Lekarza

podpis Pacjenta

\* Częstość powikłań po gastrokopii wg książki: „Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego” Block B, Schachschal G, Schmidt H wydanie polskie pod redakcją naukową prof. A. Nowaka, Warszawa 2007