Szpitale Pomorskie sp. z o.o. Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	**INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE GASTROSKOPII**

Definicja:
Gastroskopia jest to badanie żołądka i dwunastnicy wykonywane przy użyciu endoskopu giętkiego (gastroskopu).

Cel:
Badanie ma na celu dokładne określenie wyglądu błony śluzowej przełyku, żołądka i dwunastnicy. W trakcie badania możliwe jest pobranie wycinka do badania histopatologicznego oraz w przypadku stwierdzenia polipów-ich usunięcie. W trakcie gastroskopii możliwe jest również pobranie wycinka celem stwierdzenia obecności bakterii Helicobacter pylori, która m.in. jest odpowiedzialna za powstawanie wrzodów żołądka i dwunastnicy. W szczególnych przypadkach przy pomocy gastroskopu można przeprowadzić inne zabiegi takie jak poszerzanie przełyku lub założenie protezy samorozprężalnej. Wykonanie dwóch ostatnich zabiegów wymaga oddzielnej zgody pacjenta.

Możliwe powikłania:
W trakcie badania może dojść do powikłań takich jak: ból gardła, chrypka, wzwyżka ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca oraz ciężkich powikłań, których wystąpienie jest rzadkie, ale nie można ich całkowicie wykluczyć - krwawienie i perforacja w zakresie badanego odcinka przewodu pokarmowego (przełyk, żołądek, dwunastnica). Wystąpienie któregokolwiek z ciężkich powikłań może wymagać natychmiastowego zabiegu operacyjnego i zastosowania znieczulenia ogólnego.

Alternatywne badania:
Można wykonać Rtg żołądka i dwunastnicy, ale jest to metoda w zasadzie zaniechana z uwagi na małą czułość (diagnozuje duże zmiany). Innym sposobem jest wykonanie badania TK jamy brzusznej. W obu wymienionych badaniach nie ma możliwości oceny wyglądu błony śluzowej oraz pobrania materiału do badania histopatologicznego.

Przygotowanie:
W dniu badania należy być na czczo tzn. nie jeść , nie pić ,nie brać leków(można przyjąć jedynie leki na nadciśnienie popijając niewielką ilością przegotowanej wody) W przypadku przyjmowania leków obniżających krzepliwość krwi,tj.:Acenocumarol, Sintrom, Warfin , Aspiryna , Acard , Polocard, Xarelto, Plavix, Pradaxa, Eliquis , należy po konsultacji z lekarzem odstawić je na 3-4 dni przed badaniem. Leki obniżające poziom glukozy we krwi można przyjąć dopiero po wykonaniu badania.

W dniu badania należy dostarczyć:
1. Skierowanie lekarskie na badanie.
2. Na badanie należy zabrać ze sobą wszelką dokumentację dotyczącą badań górnego odcinka przewodu pokarmowego dotychczas wykonanych (wyniki gastroskopii, wypisy za szpitala, wyniki Rtg żołądka)
3. Pisemnie wyrażoną zgodę na badanie.

Zalecenia po badaniu:
1. Bezpośrednio po badaniu przez 30 min. nie można pić i jeść z uwagi na niebezpieczeństwo zakrztuszenia powodowanego znieczuleniem gardła.
2. Jeżeli były pobierane wycinki do badania histopatologicznego wynik należy odebrać po 14 dniach od wykonania badania.
3. W razie wystąpienia krwawienia, bólów brzucha lub jakichkolwiek niepokojących objawów należy:

- w przypadku pacjentów przebywających w szpitalu- natychmiast zgłosić ten fakt lekarzowi prowadzącemu lub dyżurnemu,
- w przypadku pacjentów ambulatoryjnych - pilnie zgłosić się wraz z opisem badania do Izby Przyjęć Szpitala.

Stwierdzam, że przedstawiłem(am) pacjentowi planowane postępowanie oraz poinformowałem(am) o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w jego przebiegu lub w wyniku jego zastosowania.

.....
Podpis i pieczątka lekarza

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE GASTROSKOPII

Imię i nazwisko pacjenta: .....PESEL: .....

Oświadczam, że zostałem(am) w sposób dla mnie zrozumiały poinformowany(a) przez lekarza o celowości i przebiegu zabiegu, a także o możliwych powikłaniach i ich sposobie leczenia. Rozumiem w pełni treść przekazywanych mi informacji. Miałem (am) możliwość zadawania lekarzowi pytań, na które otrzymałem(am) wyczerpującą odpowiedź.

Po zapoznaniu się z treścią formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem spełnione zostały moje wymagania co do informacji na temat:.....

Wyrażam zgodę na wykonanie: .....

.....
data

.....
Podpis pacjenta i lub przedstawiciela ustawowego

Nie wyrażam zgody na: ..... , zostałem(am) poinformowany(a) o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
Podpis pacjenta i lub przedstawiciela ustawowego