INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE KOLONOSKOPII

Definicja:
Kolonoskopia jest to badanie jelita grubego przy użyciu endoskopu giętkiego (kolonoskopu).

Cel:
Badanie ma na celu dokładne określenie wyglądu błony śluzowej jelita grubego , znalezienie ewentualnych polipów lub nowotworu. W trakcie badania możliwe jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego oraz w przypadku stwierdzenia polipów-ich usunięcie. W szczególnych przypadkach przy pomocy kolonoskopu można przeprowadzić inne zabiegi takie jak poszerzanie światła jelita lub założenie protezy samorozprężalnej. Wykonanie dwóch ostatnich zabiegów wymaga oddzielnej zgody pacjenta.

Możliwe powikłania:
W trakcie badania może dojść do powikłań takich jak wzwyżka ciśnienia tętniczego, czy zaburzenia rytmu serca oraz ciężkich powikłań , których wystąpienie jest rzadkie, ale nie można ich całkowicie wykluczyć-krwawienie, perforacja jelita. Wystąpienie któregokolwiek z ciężkich powikłań może wymagać natychmiastowego zabiegu operacyjnego i zastosowania znieczulenia ogólnego.

Alternatywne metody:
Można wykonać TK kolonografię lub wlew doodbyniczy (badanie rtg), ale w przypadku stwierdzenia polipów i zmian nowotworowych, kolonoskopia jest badaniem niezbędnym, gdyż można pobrać materiał do badania histopatologicznego.

Przygotowanie:
Do dokładnej oceny jelita niezbędne jest prawidłowe przygotowanie pacjenta. Do tej informacji dołączony jest schemat po zapoznaniu z którym, należy zgodnie z nim przygotować się do badania.

Przyjmowanie leków:
1. W czasie przygotowania do badania wszystkie leki przyjmowane „na stałe" (choroba wieńcowa, nadciśnienie, padaczka) należy przyjmować „normalnie", także w dniu badania.
2. Wyjątek stanowią leki obniżające poziom cukru we krwi- ich przyjmowanie jak i całe przygotowanie należy skonsultować z lekarzem prowadzącym. W dniu badania insulinę lub inne leki p/cukrzycowe można przyjąć dopiero po wykonaniu badania.
3. W przypadku przyjmowania leków obniżających krzepliwość krwi, takich jak: Acenokumarol, Sintrom, Varfin, Aspiryna, Acard, Polocard, Xarelto, Plavix, Pradaxa, Eliquis należy po konsultacji z lekarzem, odstawić na 3-4 dni przed badaniem
4. W ostatnim tygodniu przed badaniem nie należy przyjmować doustnych preparatów żelaza.

W ostatnich kilku dniach przed badaniem nie należy jeść owoców, warzyw, ani produktów zawierających drobne pestki (winogrona, truskawki, siemię lniane, wieloziarnisty chleb, mak itp.).

W dniu badania należy dostarczyć:
1. Skierowanie lekarskie na badanie
2. Wyniki poprzednich badan jelita- kolonoskopii, rektoskopii, wlewu doodbytniczego oraz inna ważną dokumentację np. wypisy ze szpitala
3. Pisemnie wyrażoną zgodę na badanie.

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZEPROWADZENIE KOLONOSKOPII

Zalecenia po badaniu:

1. Bezpośrednio po badaniu, o ile lekarz nie zaleci innego postępowania, można zacząć pić płyny i jeść lekkostrawne pokarmy.
2. Po kolonoskopii można odczuwać wzdęcia i kurcze brzucha powodowane przez powietrze wprowadzane do jelita podczas badania. Uczucie to mija po oddaniu gazów.
3. Jeżeli były pobierane wycinki do badania histopatologicznego lub były usuwane polipy, wynik należy odebrać po 14 dniach od wykonania badania.
4. 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 KOLONOSKOPII

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

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

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