

## INFORMACJA DLA PACJENTA I FORMULARZ 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. **Do badania gastroskopowego pacjent powinien zgłosić się na czczo.** Oznacza to, że przez co najmniej 6 do 8 godzin przed badaniem nie wolno przyjmować żadnych pokarmów stałych. Przez co najmniej 4 godziny przed badaniem nie powinien również pić żadnych płynów, palić papierosów ani żuć gumy.

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

- perforacja (przeziurawienie) 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
- chociaż wszystkie zabiegi wykonywane są sprzętem jednorazowego użytku lub sprzętem poddawanym 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.

**Abym zminimalizować ryzyko w/w powikłań prosimy odpowiedzieć na następujące pytania:**

- 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, leki, jodynę? TAK/NIE
- Czy ma Pani/Pan wszczepiony „rozrusznik” serca lub endoprotezę? TAK/NIE
- Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE
- 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. Jeżeli otrzymali Państwo zastrzyk uspokajający i/lub przeciwbólowy nie mogą Państwo w przeciągu najbliższych 24 godzin prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać urządzeń precyzyjnych, podpisywać ważnych dokumentów, do domu należy wrócić z opiekunem.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroscopię 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. 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 dożylnych środków uspokajających i/lub przeciwbólowych.

Przystąpienie do badania wymaga uprzedniego uiszczenia opłaty za badanie podstawowe. Płatność za badanie podstawowe realizowana jest **wyłącznie w formie przelewu** na wskazany poniżej rachunek bankowy Szpitala:

Nazwa odbiorcy: Szpital św. Leona Sp. z o.o., ul. Szpitalna 4, 27-500 Opatów

Numer konta bankowego: 45 1130 1192 0027 6160 8420 0001

Tytułem: Imię i nazwisko pacjenta, PESEL – Opłata za badanie podstawowe – gastroscopia

**Znieczulenie anestesjologiczne/analgesodacja dożylna (opcja dodatkowa):** Jeżeli Pacjent deklaruje chęć wykonania badania w znieczuleniu ogólnym/sedacji, koszt takiego znieczulenia **musi zostać uiszczony przez Pacjenta wyłącznie w formie łącznego przelewu bankowego wraz z opłatą podstawową** za badanie, przed przystąpieniem do procedury medycznej. Potwierdzenie wykonania przelewu należy przedłożyć w dniu badania. Chęć wykonania badania w znieczuleniu należy zgłosić na etapie rejestracji i ustalania terminu, ze względu na konieczność zapewnienia obecności zespołu anestesjologicznego. W przypadku konieczności medycznego rozszerzenia zakresu badania w trakcie jego trwania (np. o pobranie wycinków histopatologicznych, polipektomię, test ureazowy lub endoskopowe tamowanie krwawienia), Pacjent zobowiązany jest do dopłaty różnicy kosztów. Dopłatę tę należy uregulować **wyłącznie osobiście w kasie placówki** niezwłocznie po zakończeniu procedury, zgodnie z obowiązującym cennikiem..

Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o zasadach odpłatności za badanie oraz opcje dodatkowe. Przyjmuję do wiadomości, że opłata za badanie podstawowe musi zostać wniesiona przelewem na konto bankowe Szpitala.

**[ ] Deklaruję chęć wykonania badania w znieczuleniu anestesjologicznym lub analgesodacji dożylniej** i zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za to znieczulenie przelewem bankowym łącznie z opłatą podstawową przed przystąpieniem do procedury (*zaznaczyć X jeśli dotyczy*).

Zobowiązuję się również do uregulowania w kasie szpitala ewentualnej dopłaty (różnicy kosztów) w przypadku medycznego rozszerzenia zabiegu w jego trakcie (np. pobranie wycinków, polipektomia, test ureazowy, tamowanie krwawienia).

Wyrażam również zgodę na wgląd w obraz gastroskopowy lekarzom szkolącym się w wykonywaniu tego zabiegu (opcjonalnie) – w razie potrzeby –wykreślić.

Miejsce..... Data i godzina.....  
Podpis pacjenta(ki)..... Podpis lekarza.....

