

INFORMACJA DLA PACJENTA
FORMULARZ ZGODY NA GASTROSKOPIĘ

Pacjent
(imię i nazwisko)..... PESEL.....

Gastroskopia wymaga świadomej zgody pacjenta. Aby ułatwić te decyzję informujemy o rodzaju, znaczeniu i możliwych powikłaniach planowanego badania.

Wskazania:

Gastroskopia jest badaniem polegającym na oglądaniu wnętrza górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka i dwunastnicy) za pomocą elastycznego endoskopu wprowadzanego przez usta. Metoda ta pozwala na pobieranie próbek tkanki (biopsji) celem wykonania dodatkowych badań (np. test ureazowy w kierunku *Helicobacter Pylori*, badanie histopatologiczne). Możliwe jest również leczenie niektórych chorób bez konieczności zabiegu chirurgicznego np. podwiązanie żyłaków przełyku, usunięcie polipów, tamowanie krwawień.

Podstawowymi wskazaniami do gastroskopii są:

- bóle nadbrzusza, zgaga, odbijania utrzymujące się lub nawracające mimo leczenia,
- bóle w klatce piersiowej po wykluczeniu przyczyn kardiologicznych
- trudności w połykaniu,
- nawracające nudności i wymioty,
- podejrzenie krwawienia do przewodu pokarmowego
- nieuzasadniony spadek masy ciała,
- diagnostyka niedokrwistości (anemii)
- jako badanie kontrolne u osób z rozpoznaną chorobą wrzodową żołądka/dwunastnicy,
- kontrola po przebytym krwawieniu do przewodu pokarmowego / perforacji przewodu pokarmowego,
- okresowa kontrola u chorych z przełykiem Barretta, żyłakami przełyku, marskością wątroby, po zabiegach resekcyjnych żołądka,

Przygotowanie:

Przed gastroskopią, chory nie powinien nic jeść przez co najmniej 6 godzin i nie pić minimum 3 godziny. Dzięki temu badany odcinek przewodu pokarmowego będzie wolny od resztek jedzenia co zapewni bezpieczne i dokładne badanie. Nie dotyczy to leków przyjmowanych na stałe. Należy je przyjąć o zwykłej porze, popijając niewielką ilością niegazowanej wody. Każde badanie poprzedzone jest rozmową z lekarzem, podczas której należy poinformować o zażywanych lekach, uczuleniach lub wynikach innych badań. Ze względów bezpieczeństwa pacjenta, bezpośrednio przed badaniem należy usunąć wszelkie ruchome protezy zębowe i zdjąć okulary.

Przebieg badania:

Badanie jest wykonywane w pozycji leżącej na lewym boku. W trakcie całego badania pacjent trzyma w ustach specjalny ustnik, przez który jest wprowadzany endoskop. Jeżeli badanie wykonywane jest w znieczuleniu miejscowym, bezpośrednio przed rozpoczęciem gardło zostaje znieczulone roztworem lignokainy. Powoduje to zniesienie nieprzyjemnych odruchów. W trakcie całego badania pacjent powinien głęboko spokojnie oddychać powstrzymując się od połknięcia śliny. Dzięki temu badanie przebiega bezboleśnie a pacjent odczuwa jedynie uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem wdmuchiwanym do żołądka.

Po badaniu:

Po gastroskopii przez krótki czas może pozostać dyskomfort w gardle, który ustępuje samoistnie. Uczucie wzdęcia spowodowane powietrzem w żołądku również ustępuje w przeciągu kilku godzin. Po ustąpieniu znieczulenia pacjent może normalnie przyjmować posiłki i wrócić do zwykłej aktywności. Jeżeli badanie przeprowadzone było w znieczuleniu dożylnym, pacjent nie powinien w tym dniu prowadzić samochodu i/lub obsługiwać maszyn, a powrót do domu powinien odbywać się pod opieką osoby towarzyszącej.

Możliwe powikłania:

Powikłania po gastroskopii zdarzają się wyjątkowo rzadko i najczęściej ustępują samoistnie nie wymagając żadnego leczenia. Zaliczamy do nich m.in.: krwawienie, perforację (przedziurawienie przewodu pokarmowego) oraz inne powikłania jak np: reakcja alergiczna na leki, objawy kardiologiczne (zaburzenia rytmu serca, bóle wieńcowe), zaostrzenie astmy oskrzelowej. Jeżeli kilka godzin po badaniu utrzymują się silne dolegliwości bólowe brzucha, bóle nasilają się, obwód brzucha narasta, pojawiła się gorączka lub wymioty, należy pilnie skontaktować się z lekarzem.

JEŻELI PRZEDSTAWIONE WYŻEJ INFORMACJE SĄ DLA PANI/PANA NIEWYSTARCZAJĄCE PROSIMY O ZADAWANIE PYTAŃ LEKARZOWI PRZED ROZPOCZĘCIEM BADANIA

Oświadczenie Pacjenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami oraz miałem możliwość wyjaśnienia swoich wątpliwości. Świadomy istoty badania wyrażam zgodę na wykonanie proponowanego badania gastroskopii. Wyrażam zgodę na pobranie wycinków do badania histopatologicznego, jeżeli będzie to konieczne/wskazane ze względów medycznych oraz na wykonanie wszystkich dodatkowych procedur, które zgodnie z aktualną wiedzą medyczną powinny zostać wykonane podczas badania/zabiegu.

Miejsce:.....

Data.....

Podpis pacjenta:.....

Podpis lekarza:.....