



INFORMACJA DLA PACJENTÓW ORAZ FORMULARZ
ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE *GASTROSKOPII, PANEUDOSKOPII*
(właściwe podkreślić)

.....
 imię i nazwisko pacjenta

pesel

W związku z Pana / Pani chorobą lub podejrzeniem choroby pojawiła się konieczność wykonania u Pani / Pana zabiegu endoskopowego, polegającego na wprowadzeniu specjalnego aparatu zwanego endoskopem do górnego odcinka przewodu pokarmowego. Aparat wprowadzany jest przez usta do przełyku, żołądka i dwunastnicy. W celu zapewnienia lepszego komfortu, choremu przed badaniem stosuje się miejscowe znieczulenie gardła.

W przypadku potwierdzenia choroby (np. stwierdzenia zmian zapalnych, owrzodzenia, polipa, zwężenia lub innej przeszkody itp.), może zaistnieć konieczność pobrania wycinków lub wykonania zabiegu endoskopowego (np. usunięcia polipa, ciała obcego lub zatamowania krwawienia).

Opisane działania uznawane są za względnie bezpieczne, jednak u ułamka procenta badanych istnieje możliwość wystąpienia powikłań (objawów niepożądanych) takich jak miejscowe krwawienia czy reakcja uczuleniowa na leki stosowane do znieczulenia.

Powikłania ciężkie mogące spowodować ryzyko zgonu lub wymagające zabiegu operacyjnego w trybie pilnym, są rzadkością, stanowią ułamek procenta wykonywanych zabiegów endoskopowych .

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że zostałem /am w pełni poinformowany/a o ryzyku związanym z wykonaniem zabiegu endoskopowego i wyrażam ŚWIADOMĄ ZGODĘ na jego przeprowadzenie.

Zostałem /am wyczerpująco poinformowany/a przez lekarza o wskazaniach medycznych, stopniu ryzyka i możliwych powikłaniach mogących wystąpić w trakcie lub po wykonaniu zabiegu oraz o możliwości zastosowania innego rodzaju postępowania medycznego .

Oświadczam, że miałem /am możliwość zadawania pytań i uzyskałem / am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania .

Wiem, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie zabiegu endoskopowego.

.....
 data

.....
 podpis lekarza

.....
 podpis pacjenta / rodzica/ opiekuna