



INFORMACJA DLA PACJENTÓW ORAZ FORMULARZ
ŚWIADOMEJ ZGODY
NA WYKONANIE *KOLONOSKOPII, SIGMOIDOSKOPII, REKTOSKOPII*
(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 przez odbytnicę do jelita grubego .

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).

Usunięcie polipa jest najczęstszym zabiegiem wykonywanym w trakcie kolonoskopii. Wykonuje się przy pomocy metalowej pętli przez którą przepuszczany jest prąd tnący.

Zarówno diagnostyczna kolonoskopia jak również działania dodatkowe (wycinki i polipektomia) uznawane są za względnie bezpieczne, jednak u około 0,5 % badanych istnieje możliwość wystąpienia powikłań tj. krwawienie lub perforacji. Mogą się też pojawić objawy niepożądane (np. reakcja uczuleniowa).

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

.....
 dane identyfikujące lekarza

.....
 podpis pacjenta / rodzica/ opiekuna