



Imię i nazwisko pacjenta:

Telefon:

.....

E-mail:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INFORMACJA O BADANIU

Kolonoskopia jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnej giętkiej rurki grubości palca wskazującego (kolonoskopu) przez odbyt do odbytnicy, a następnie do dalszych części jelita grubego aż do kątnicy. Celem zabiegu jest optyczna ocena śluzówki tej części przewodu pokarmowego oraz jeśli istnieje taka potrzeba, pobranie wycinków do badania histopatologicznego ze znalezionych tam zmian. W przypadku stwierdzenia krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia. W przypadku znalezienia zmian jest możliwe ich usunięcie, wycinki z wyciętych zmian trafiają standardowo do badania histopatologicznego. Na wyniki badań histopatologicznych czeka się do 4 tygodni.

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

- ▶ perforacja jelita (przedziurawienie jelita),
- ▶ krwotok z przewodu pokarmowego lub krwotok do jamy otrzewnej (np. po usunięciu polipów),
- ▶ omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym, inne powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego,
- ▶ 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.

ABY ZMNIJSZYĆ 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? (zaznaczają kobiety)	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, warfin, itp.)? Jeśli tak, proszę podać jakie	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)?	TAK	NIE
Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y? Jeśli tak, proszę podać z jakiego powodu	TAK	NIE



W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości.



Zachowanie po zabiegu: Jeżeli po badaniu stwierdzą Państwo silne bóle brzucha, gorączkę, zauważą krwawienie z odbytu prosimy zgłosić się do lekarza.

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań, po uzyskaniu odpowiedzi na zadane lekarzowi pytania, wyrażam zgodę na kolonoskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów) z jelita grubego do badania mikroskopowego (histopatologicznego), a także na endoskopowe usunięcie polipów jeśli 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.

.....
Miejsce, data

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta