

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Telefon: .....

.....

E-mail: .....

PESEL

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

### INFORMACJA O BADANIU

**Gastroskopia** jest badaniem, które polega na wprowadzeniu specjalnej giętkiej rurki (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. Czas oczekiwania na wynik histopatologiczny badania z pobranych wycinków wynosi do 4 tygodni. W wypadku krwawienia z tej części przewodu pokarmowego wykonuje się próbę endoskopowego opanowania krwawienia.

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

- ▶ perforacja (przedziurawienie) przełyku, odma i zapalenie śródpiersia,
- ▶ perforacja żołądka lub dwunastnicy, zapalenie otrzewnej,
- ▶ krwotok z przewodu pokarmowego (szczególnie w przypadku usuwania zmian),
- ▶ omdlenie w trakcie zabiegu w mechanizmie odruchowym,
- ▶ możliwość wymiotów i zachłyśnięcia się treścią z żołądka, następstwem którego może być zachłystowe zapalenie płuc,
- ▶ 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?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy zaobserwował/a Pani/Pan skłonność do łatwego powstawania „siniaków” na skórze?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy jest Pani/Pan uczulona na środki znieczulające, leki, jodynę?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca lub endoprotezę?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy jest Pani w ciąży? (zaznaczają kobiety)	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu chorób serca lub płuc (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie, astma oskrzelowa)?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepkość krwi (np. aspiryna, acenocumarol, sintrom, plavix, warfin, itp.)? Jeśli tak, proszę podać jakie .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych ( np. jaskra, epilepsja)?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y? Jeśli tak, proszę podać z jakiego powodu .....	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>



**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.**

Poinformowany(a) o możliwości wystąpienia powyższych powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na gastroskopię 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.

.....  
Miejsce, data i godzina

.....  
Podpis lekarza

.....  
Podpis pacjenta